

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1925

THÈSE

193

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean DAYRAS

Né le 28 Juillet 1890, à Laval (Mayenne)

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

LA TRANSMISSION

DE LA

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

SA PROPHYLAXIE INDIVIDUELLE ET SOCIALE

Président : M. C. JEANNIN, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR DELAVIGNE, 2

1925

801



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1925

THÈSE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean DAYRAS

Né le 28 Juillet 1890, à Laval (Mayenne)

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

LA TRANSMISSION
DE LA
SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

SA PROPHYLAXIE INDIVIDUELLE ET SOCIALE

Président : M. C. JEANNIN, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR DELAVIGNE, 2

1925

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène.	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
	GILBERT.
Clinique médicale.	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TESSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale.	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	De LAPERRONNE.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	BROCA Auguste.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGEANT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI . . .	Pathologie médicale.
ALGLAVE . . .	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN . . .	Pathologie médicale.
BASSET . . .	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN . . .	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.
BUSQUET . . .	Pharmacologie et ma- tière médicale.
CADENAT . . .	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY . . .	Histologie.
CHIRAY . . . }	Pathologie médicale.
CLERC . . . }	
DEBRÉ	Hygiène.
I. de JONG . . .	Anatomie pathologique.
DUVOIR	Médecine légale.
ECALLE	Obstétrique.
FIESSINGER }	Pathologie médicale.
FOIX }	
GARNIER . . .	Pathologie expérimentale.
HARVIER . . .	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE	Anatomie.
OYEUX	Parasitologie.

MM

LABBÉ(Henri).	Chimie biologique.
LARDENNOIS.	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER . . .	Obstétrique.
LEMAITRE . . .	Oto rhino-laryngologie
LEMIERRE . . .	Pathologie médicale.
LEVY-SOLAL.	Obstétrique.
LHERMITTE . . .	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU . . .	Pathologie chirurgicale
METZGER . . .	Obstétrique.
MOCQUOT . . . }	Pathologie chirurgicale.
MONDOR . . . }	
MOURE . . . }	Histologie.
MULON }	
PHILIBERT . . .	Bactériologie.
RIBIERRE . . .	Pathologie médicale.
RICHET Fils . .	Physiologie.
ROUVIERE . . .	Anatomie.
STROHL	Physique médicale.
TANON	Pathologie médicale.
TIFFENEAU . . .	Pharmacologie et ma- tière médicale.
VAUDESCAL . .	Obstétrique.
VERNE	Histologie.
VILLARET . . .	Pathologie médicale.
WELTER	Ophthalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

CAMUS	Physiologie.
GOUGEROT . .	Pathologie médicale.
GUÉNIOT . . .	Obstétrique.

MM.

RETTERER . . .	Histologie.
ROUSSY	Anatomie pathologique.

IV — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY . . .	} Clinique chirurgicale.	OMBRÉDANNE	Clinique chirurgicale infantile.
CHEVASSU . .			
LAIGNEL-LAVASTINE . .	Clinique médicale.	PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
LEREBoullet . . .	Clinique médicale infantile.	RATHERY . .	Clinique médicale.
LÉRI	} Clinique médicale.	SCHWARTZ . .	Clinique chirurgicale.
LÉPER . . .			TERRIEN . . .

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du tra- vail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
N...	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Education physique.
	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

LE DOCTEUR C. ARTIGUES

A LA MÉMOIRE DE MON BEAU-PÈRE

LE DOCTEUR JEAN MUSSY

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

A MON COUSIN

LE DOCTEUR GABRIEL MIGINIAC

Professeur agrégé à la Faculté de Toulouse
Ancien interne des Hôpitaux de Paris

*que je remercie chaque jour d'avoir
décidé de ma vocation médicale.*

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. C. JEANNIN

Professeur de Clinique obstétricale à la Faculté
Accoucheur de la Maternité de la Pitié

*que je remercie de l'honneur qu'il
m'a fait d'accepter la présidence
de cette thèse.*

A MON MAITRE

M. E. C. AVIRAGNET

Médecin de l'hôpital des Enfants-Malades

*Hommage de reconnaissance et de
profond attachement.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. RÉNON, BOURCY, GUINARD (*in memoriam*)

M. le Professeur agrégé THIROLOIX

Externat

M. le Professeur GUILLAIN (remplaçant le D^r THOINOT).

M. le Professeur agrégé OMBREDANNE.

M. le Docteur BABINSKI.

M. le Docteur ENRIQUEZ.

Internat

M. le Docteur SORREL (Hôpital Maritime de Berck).

M. le Docteur MICHEL.

M. le Docteur BOULLOCHE (*in memoriam*).

M. le Professeur agrégé MÉRY.

M. le Docteur AVIRAGNET.

A MES AUTRES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. HEUYER, HOUDARD, HUBER, MILHIT, RIVET,
TIXIER, TOURAINE et CLOVIS VINCENT

Médecins et Chirurgiens des Hôpitaux

A MES MAITRES DE CONFÉRENCE

MM. MOREAU et LAURET

INTRODUCTION

Quand on s'occupe depuis quelque temps d'un dispensaire antisypilitique d'enfants, comme nous avons l'honneur de le faire dans le service de M. Aviragnet à l'Hôpital des Enfants Malades, après la période d'enthousiasme du début où l'on est tout heureux d'avoir guéri des coryzas et des maladies de Parrot avec quelques frictions mercurielles, on est un peu découragé de retrouver chaque fois les mêmes épaves sur les bancs de la salle d'attente : le petit aveugle tâtonnant autour des jupes de sa mère, l'hydrocéphale entraîné par sa tête trop lourde, le Little et le Mongolien échangeant des sourires béats et toute la bande des paralytiques et des arriérés que les parents déclarent toujours « sur le point de marcher » ou « en train de s'éveiller » cependant que leur médecin en désespère. Les pauvres mères viennent assidûment de leurs faubourgs lointains, portant dans leurs bras l'enfant déjà grand et résignées à la longue attente de l'hôpital, tellement leur foi veut être grande dans les fameuses piqûres qu'on leur a représentées comme la suprême chance de guérison et qu'on n'ose même plus interrompre pour ne pas avouer l'incurabilité définitive,

Devant cet échec lamentable de la thérapeutique dans des manifestations si rebelles, on déplore qu'un traitement préventif n'ait pu être institué à temps pour les éviter ; d'autant plus que lorsqu'on parcourt les observations de ces enfants, on est frappé de constater le plus souvent au chapitre des antécédents héréditaires, une suite de fausses-couches et d'incidents qui désignait assez clairement la syphilis. L'un de ces enfants comptait 3 maladies de Parrot chez ses aînés.

A la vérité nous ne doutons pas que les médecins qui ont assisté à ces accidents n'aient fait aux parents les recommandations nécessaires pour en éviter le retour mais leurs prescriptions sont restées lettre morte parce qu'ils n'avaient pas à leur disposition l'organisme sanitaire indispensable pour en assurer l'exécution.

C'est à la création et à la diffusion de ces organismes que quelques médecins d'enfants, accoucheurs, syphili-graphes ou hygiénistes se consacrent aujourd'hui et ce travail n'a d'autre prétention que d'apporter une modeste contribution à leur œuvre si utile.

La tâche est importante au point de vue social quand on pense que la syphilis coûte à la France environ 40.000 avortements chaque année sans parler des nombreux cas de stérilité dont elle peut être cause, et que sur 100 grossesses en ménages entachés de syphilis, il n'en est pas plus de 45 qui arrivent à terme.

Parmi les survivants, il faut encore déduire le grand nombre de ceux qui meurent en bas âge du fait de malformations ou de lésions viscérales graves, de ceux qui

survivent aveugles, sourds-muets, épileptiques, dégénérés, paralytiques ou aliénés.

« Il y a quelque trente ans, écrit le Pr Hutinel, les médecins qui suivaient l'enseignement de Fournier disaient tout bas que le maître élargissait vraiment trop le champ de la syphilis. Et cependant, depuis cette époque, combien d'enclaves sur lesquelles on ne lui reconnaissait aucun droit, la terrible maladie n'a-t-elle pas englobées dans son domaine ? Maintenant la syphilis, comme la tuberculose, cet autre fléau de l'humanité, a envahi une bonne partie de la pathologie ».

En effet, en dehors des manifestations virulentes de l'hérédo-syphilis qui pendant longtemps ont exclusivement retenu l'attention des cliniciens, il faut envisager aujourd'hui toutes les formes encore beaucoup plus nombreuses dans lesquelles le mal reste latent en préparant sournoisement une foule de lésions et de dégénérescences.

Après les accidents septicémiques des premiers mois de la vie, il faut compter avec les réveils de l'infection latente qui constituent tous les accidents de l'hérédo-syphilis tardive, toutes les manifestations non spécifiques qu'on peut observer chez ces malades et qui évoluent de façon si spéciale du fait du terrain, tous les troubles fonctionnels imputables aux altérations dystrophiques glandulaires réalisant les insuffisances endocriniennes.

Pour en finir avec les méfaits de l'hérédo-syphilis, il faudrait encore parler des accidents qui peuvent se transmettre aux 2^e et 3^e générations, que ce soient les

lésions virulentes dont quelques observations nous offrent la preuve indiscutable où les manifestations plus nombreuses encore de ces débilités organiques qui, une fois établies chez un individu, font partie du patrimoine familial qu'il transmet ensuite de génération en génération.

Mais à ce stade lointain de l'hérédité, c'est encore le caractère fœticide qui domine et E. Fournier évalue à 60 % le nombre des avortements causés par la syphilis au 2^e degré.

Ainsi, on voit que dans la lutte contre la dépopulation, si c'est aux moralistes que revient la tâche hasardeuse de prêcher contre la stérilité volontaire, le médecin trouve dans la prophylaxie de la syphilis héréditaire le moyen le plus sûr de réduire au minimum la stérilité pathologique.

Nous nous proposons donc de passer en revue les éléments de cette prophylaxie ; mais, pour en rendre l'application plus efficace et préciser mieux les points où elle doit porter, nous étudierons d'abord le mécanisme de la transmission héréditaire de la syphilis à la lumière d'une observation anatomo-clinique particulièrement instructive à ce sujet.

Qu'il nous soit permis au début de ce travail de remercier spécialement M. le P^r Jeannin, notre président de thèse, pour la manière si accueillante dont il a mis à notre disposition les documents de son service, M. Tixier dont l'avis si autorisé en la matière nous a été précieux, M. Heuyer à qui nous devons l'intéressante

observation que nous reproduisons et surtout notre maître M. Aviragnet dont l'enseignement toujours si vivant ne manque jamais de dégager le point de vue social au-dessus du cas individuel et de l'intérêt scientifique.

« Aujourd'hui, professe M. Guinon, le médecin doit penser socialement, concevoir le patient en fonction du milieu dans lequel il vit et souffre, prendre sa décision thérapeutique et donner ses conseils en pensant aux réactions qu'ils peuvent avoir sur ce milieu, aux possibilités que lui offre ce milieu et aux conséquences qu'ils auront sur son avenir ».

CHAPITRE I

OBSERVATION

Syphilis paternelle ancienne bien soignée avec contrôle sérologique. — Mariage 16 ans après l'accident initial avec autorisation médicale. — Traitement de la mère au sulfarsénol pendant la grossesse. — Venue à terme d'un enfant vivant, mort quelques heures après sa naissance, présentant des lésions viscérales et un arrêt de développement cérébral remontant à la date du traitement chez la mère.

Observation. — M. N..., a contracté la syphilis 16 ans exactement avant la date de son mariage. La maladie reconnue et soignée dès les premiers accidents par un spécialiste parisien des plus autorisés, médecin de l'hôpital Saint-Louis, a été soignée pendant plusieurs années jusqu'à la négativité complète et persistante du B. Wassermann.

Bien surveillé médicalement depuis, le malade n'a jamais présenté de nouveaux accidents. Il s'est encore fait examiner pendant la guerre dans un centre de vé-

nériens où on l'a traité de nouveau, bien que le Wassermann ait encore été trouvé négatif.

Marié en juillet 21 avec l'autorisation de son médecin, il a épousé une jeune fille de milieu et de mentalité tels que l'hypothèse de syphilis acquise ne peut être envisagée chez elle par le médecin le plus sceptique et dont les antécédents familiaux éliminent absolument l'idée de syphilis héréditaire. Seize mois après le mariage, la jeune femme était enceinte. A la demande du père et sur le conseil du médecin traitant, un traitement préventif de sulfarsénol a été institué par celui-ci chez la mère, à partir du milieu du 2^e mois de la grossesse. Une série complète a été faite de 0,03 à 0,90 centigrammes, terminée vers la fin du 3^e mois à raison de deux injections sous-cutanées par semaine.

Devant le résultat du B. Wassermann complètement négatif chez la mère, il a été décidé de ne pas poursuivre davantage le traitement. La grossesse a pu évoluer jusqu'à son terme normal, mais l'enfant mort quelques heures après sa naissance, présentait des lésions tératologiques importantes que nous allons étudier en détail.

L'autopsie qui a été pratiquée par les soins du Dr Durupt a permis de faire les constatations suivantes :

Les poumons, le cœur, l'intestin et ses glandes annexes, les reins ont été trouvés normaux.

Le foie présentait un volume plus grand que le foie normal, mais son aspect, macroscopiquement, était à peu près normal.

La consistance est ferme. Les coupes au rasoir montrent à l'intérieur de l'organe quelques foyers hémorragiques, la plupart de petites dimensions.

Des fragments de l'organe ont été prélevés en vue de l'examen histologique. Le reste du viscère a servi à la préparation d'un antigène. Pour cela l'organe a été broyé et fixé à l'alcool à 93° pendant 24 heures.

Après évaporation à l'étuve à 37°, la poudre sèche a été traitée à l'acétone, de manière à éliminer les lipoides solubles dans ce produit. Après une macération de trois jours dans l'acétone, la liqueur acétonique a été rejetée et le foie, après avoir subi une nouvelle évaporation, a été repris par l'alcool à 93°, de manière à obtenir uniquement les lipoides solubles dans l'alcool débarrassés de ceux solubles dans l'acétone.

Cet antigène une fois préparé après une macération de 15 jours et une filtration consécutive, a été dosé en présence de sérums négatifs. Son pouvoir empêchant illégitime une fois déterminé, l'antigène a été mis en présence de sérums positifs certains.

Les réactions de fixation dans ces conditions se sont trouvées le plus souvent conformes à celles obtenues avec un antigène foie d'hérédo connu et ayant subi l'expérimentation pendant plusieurs mois.

La tête de l'enfant présentait des lésions très importantes.

Les globes oculaires se trouvaient tout à fait absents et les orbites recouverts par des paupières d'apparence normale, étaient creux et ne paraissaient occupés que par un petit moignon de tissu conjonctif scléreux.

Le nez ne présentait aucun orifice externe de narine et le doigt introduit dans la bouche, permettait de constater l'absence de voûte palatine.

Malgré ces lésions importantes, le volume de la tête était à peu près normal. Les os du crâne étaient normalement ossifiés et les fontanelles ne présentaient aucune anomalie.

Le cerveau a été enlevé avec assez de difficulté, étant donnée l'adhérence importante de toute la masse encéphalique avec la base crânienne. En ce point, la méninge faisait corps avec la base du cerveau et la dissection a dû être effectuée pour séparer la dure mère de la surface osseuse sous-jacente. L'encéphale a été mis immédiatement à fixer dans le formol avec les précautions d'usage pour éviter la déformation.

A l'état frais, on pouvait déjà se rendre compte que le cervelet et le bulbe rachidien jusqu'à la protubérance étaient, quoique d'un volume légèrement réduit, à peu près normaux macroscopiquement. Le cerveau, proprement dit, n'était constitué que par une mince couche de substance cérébrale qui coiffait les noyaux centraux. Ce manteau cortical ne présentait ni circonvolution, ni scissure interlobaire, et la surface était à peu près égale à la moitié de celle d'un œuf. Cette surface était recouverte par une méninge épaisse et surtout sillonnée d'un lacs veineux extrêmement riche et sinueux.

Le développement des vaisseaux méningés paraît en effet s'être fait normalement, mais la disposition qu'ils ont été obligés de prendre du fait de l'arrêt très précoce

du développement des hémisphères a déterminé ces flexuosités remarquables.

Cette portion hémisphérique du cerveau très réduite et placée très en avant, laissait complètement à découvert le cervelet et le tronc cérébral, et une poche assez volumineuse remplie de liquide céphalo-rachidien occupait sur le vivant l'espace compris entre le bord postérieur de l'encéphale et le cervelet.

La base du cerveau, depuis le bord antérieur jusqu'à la protubérance, présente macroscopiquement des lésions importantes. Il est impossible de voir le chiasma optique, ni les nerfs olfactifs, non plus que la troisième paire des nerfs cérébraux. Toutes ces racines ont été emprisonnées dans une plaque très épaisse de pachyméningite qui en a provoqué l'atrophie complète, de sorte que, même microscopiquement, il est impossible d'en retrouver les vestiges.

L'examen histologique a permis de faire les constatations suivantes :

FOIE. — Les coupes du foie ont été effectuées en plusieurs points. Elles ont montré dans tout l'organe une infiltration lymphocytaire diffuse. Les cellules hépatiques paraissent dégénérées et leurs contours ne sont plus visibles. Il existe des lésions d'hépatite diffuse qui correspondent à celles qu'on trouve généralement chez les hérédos qui présentent le foie silex. La présence des spirochètes a été recherchée sans succès par les méthodes d'imprégnation à l'argent.

CERVEAU. — Les colorations par la méthode de Nissl portant sur l'écorce grise, ont montré une absence presque complète de cellules pyramidales. D'une façon générale, les cellules nobles sont extrêmement rares.

La méninge cérébrale présentait une congestion extrêmement importante avec, sur la surface encéphalique, de véritables dilatations variqueuses. L'encéphale paraît comme entouré d'un filet vasculaire à mailles serrées, constitué par les veines dilatées et sinueuses. On constate dans l'intérieur de la masse cérébrale, des lésions vasculaires de même nature que celles que l'on observe sur la méninge.

Les vaisseaux capillaires sont dilatés et congestionnés. Souvent autour d'eux, on note une zone d'infiltration de leucocytes diapédèses.

L'examen histologique au niveau de la plaque de méningite a montré une méninge épaissie au point d'atteindre environ 6 à 7 millimètres d'épaisseur. L'appréciation de cette épaisseur est d'ailleurs très difficile, étant donnée l'adhérence qui existe entre la base encéphalique et la méninge elle-même. Le tissu conjonctif méningé se continue insensiblement et sans démarcation aucune, avec le tissu nerveux qui est, en ce point, complètement scléreux et dépourvu d'éléments nobles. Les lésions de la méninge et de la base encéphalique sont constituées en même temps que par la sclérose, par une infiltration leucocytaire diffuse et surtout par des lésions vasculaires très importantes, lésions d'artérite, endartérite et périartérite. Il semble que cette

plaque de méningite soit ancienne, si l'on en juge par l'importance de la lésion et, en particulier, par l'abondance de tissu scléreux cicatriciel.

Interprétation des constatations anatomiques.

— La lésion paraît remonter aux environs de la fin du deuxième mois ou du début du troisième mois de l'évolution de la grossesse. Elle atteint la vésicule antérieure primitive qui a été presque complètement arrêtée dans son développement, la deuxième et la troisième vésicules continuant leur développement à peu près normalement.

Les nerfs et les formations qui dépendent de la vésicule antérieure primitive n'existent pour ainsi dire pas, du fait de cet arrêt de l'évolution. Ce fait expliquerait pourquoi la plaque méningée ne contient dans son épaisseur aucun tronc nerveux, ces derniers n'ayant pas encore commencé leur développement au moment où la plaque aurait pu les emprisonner et les amener en dégénérescence.

Ce fait expliquerait également l'absence de démarcation entre la méninge et ce qui appartient au cerveau dans cette région. Cette plaque méningée étant la cause de l'anencéphalie partielle serait également la cause des lésions de la face par arrêt du développement des organes commandés par les nerfs absents.

La nature de cette méningite peut être déterminée d'une part, par les lésions hépatiques et par les réactions de l'antigène obtenues avec le foie de l'enfant,

d'autre part par la nature histologique des lésions elles-mêmes, lésions partout particulièrement sur les vaisseaux et ne présentant aucun des caractères qu'on est habitué à trouver dans les méningites infectieuses.

CHAPITRE II

DISCUSSION DE L'OBSERVATION

Etiologie des malformations tératologiques. — Preuve anatomique de l'origine maternelle des accidents. — Rôle paternel dans la transmission de la syphilis. — Contagiosité de la syphilis dans le mariage. — Syphilis conceptionnelle et syphilis par conception. — Latence de la syphilis par conception. — Réactivation de la syphilis héréditaire par traitement insuffisant de la mère pendant la grossesse.

Cette observation nous a paru intéressante à rapporter à plusieurs points de vue, mais surtout à cause de la nature des lésions anatomiques qui nous semblent apporter un élément de précision scientifique assez grande dans la question de l'hérédité syphilitique. Le temps n'est plus en effet où les monstruosité^s étaient considérées comme une manifestation de la colère divine, le résultat d'une peur de la parturiente ou la conséquence d'amours bestiales au nom desquelles on n'hésitait pas à brûler vive la mère coupable au xvii^e

siècle. Tous les physiologistes sont d'accord aujourd'hui pour considérer ces malformations tératologiques comme le résultat d'accidents pathologiques frappant l'embryon dans les tout premiers mois de la vie intra-utérine, indépendamment de toute altération héréditaire des cellules initiales. On sait en effet qu'on peut schématiquement diviser la vie embryonnaire en deux périodes, la période embryonnaire proprement dite ou période de multiplication des cellules et de différenciation des organes et la période fœtale qui commence chez l'homme avec le 3^e mois et correspond au perfectionnement et à l'accroissement des organes déjà différenciés dans la première période. Ainsi, tandis que les agents pathogènes qui atteignent l'œuf dans la deuxième période, agissent sur un organisme possédant déjà sa forme définitive et produisent des phénomènes pathologiques comparables à ceux du nouveau-né, les actions qui s'exercent sur l'œuf pendant la première période, portent sur un organisme dont les différentes parties ne sont pas encore formées et n'ont pas leur organisation définitive ; elles entraînent alors des perturbations dans le développement et des dispositions morphologiques anormales.

C'est ainsi que Féré voulant faire agir des influences variées d'origine physique, microbienne ou toxique, sur des œufs de poule pour obtenir des formes monstrueuses, était obligé d'agir pendant les 2 ou 3 premiers jours ; passé ce délai, il n'obtenait plus le résultat cherché parce que l'embryon de poulet avait déjà passé le stade de différenciation organique.

De même que les arrêts de développement ne peuvent pas se produire passé le stade de différenciation, ils ne peuvent pas non plus relever d'une cause agissant avant cette période ; ils ne peuvent pas exister en puissance dans des germes monstrueux. Les organes de l'embryon ne préexistent pas en effet dans les cellules initiales, se dérobant à la vue par leur infinie petitesse et ne faisant que croître pendant le développement ultérieur. Ils se forment réellement, se modelant aux dépens des feuilletts blastodermiques qui se plissent, circonscrivent des cavités, émettent des prolongements. Si les organes nouveaux ne préexistent pas, il doit en être de même de leurs formes anormales qui doivent résulter d'un trouble accidentel de la période embryonnaire (M. Duval).

Ainsi, dans le cas dont nous venons de rapporter l'observation, il n'est pas possible d'invoquer l'altération du spermatozoïde pour expliquer les malformations anatomiques que nous avons constatées, et la cause de ces accidents survenant plusieurs semaines après la fécondation, ne peut être que d'origine maternelle.

Cette *preuve embryologique de l'origine maternelle des accidents*, nous paraît intéressante par sa précision, parce que trop souvent, pour discuter la théorie de la syphilis conceptionnelle, on ne peut produire que des arguments d'ordre thérapeutique ou clinique dont l'interprétation est toujours sujette à caution.

C'est ainsi que dans les formidables dossiers du Pr Fournier on peut trouver autant d'arguments clini-

ques pour et contre. On ne saurait douter en effet de l'influence paternelle exclusive dans le cas de cette mère saine en apparence qui a eu de son mari syphilitique 4 enfants morts nés tant qu'il ne s'est pas soigné et qui a mis au monde 4 enfants absolument sains, du jour où il s'est soumis au traitement hydrargyrique.

Mais n'est-elle pas moins démonstrative dans l'autre sens, l'observation de cette femme paraissant saine, qui a eu 4 enfants syphilitiques de son premier mari syphilitique et qui, mariée en secondes noces à un sujet sain, a encore eu 4 enfants syphilitiques.

Et que dire alors de ces deux observations de syphilis gémellaire de Ragusin rapportées par Lacapère et Vallery-Radot où l'un des enfants est né sain en apparence avec B.-W. négatif et l'autre présentant des accidents infectieux avec B.-W. positif ?

Dans ce cas, les arguments sérologiques sont aussi déficients que les arguments cliniques et nous savons combien sont infidèles les résultats de la séroréaction chez les procréateurs, dans la question de l'hérédité syphilitique, si nombreux sont les éléments capables de modifier les résultats du Wassermann, l'âge de l'infection, l'intensité du traitement, les circonstances physiologiques du moment où on a pratiqué la prise de sang...

On sait en effet avec quelle fréquence le B.-W. se trouve négatif chez le père qui est pourtant l'auteur de la syphilis familiale, sans doute à cause de l'ancienneté de sa lésion initiale. Bar et Daunay ont montré aussi

combien souvent l'état de grossesse était à lui seul capable d'empêcher la réaction chez la mère. Nous sommes sans doute en présence d'un cas de ce genre dans notre observation où le B.-W. s'est montré constamment négatif, alors que la mère a pu transmettre une syphilis virulente à son enfant. La littérature médicale rapporte d'ailleurs de nombreux cas de femmes syphilitiques ayant eu des enfants syphilitiques avec un homme sain, et n'ayant jamais présenté de réaction sérologique positive pendant leur grossesse.

Conjointement à la négativité du B.-W. chez la mère on peut être surpris de l'absence de spirochètes dans les tissus de notre hérédito, dont les lésions anatomiques signaient cependant l'origine syphilitique. Il faut savoir que de tels faits ne sont pas exceptionnels et Bué et Petit ont publié sur ce sujet un travail où ils signalent cette apparente anomalie dans les cas les plus incontestables de syphilis. A tel point que si la présence des spirochètes constitue un signe de certitude d'hérédito-syphilis virulente, leur absence ne permet pas d'éliminer cette étiologie.

Au point de vue du rôle paternel dans la transmission de l'hérédito-syphilis, l'observation que nous venons de rapporter montre donc indubitablement qu'un syphilitique ancien ne borne pas son action à la transmission de tares dystrophiques par le mécanisme d'un spermatozoïde vecteur de produits toxiques.

On sait d'ailleurs ce qu'il faut penser de ces prétendues lésions parasyphilitiques qui formeraient une classe à part dans les manifestations héréditaires de la

maladie, et ne seraient le fait que d'une hérédité toxique comparable en tous points à l'hérédité alcoolique ou cocaïnique : c'est encore et toujours de la syphilis. On retrouve des tréponèmes dans le périoste des bosses frontales du rachitique et le P^r Hutinel a montré que la plupart des manifestations dystrophiques relevaient d'une infection virulente de glandes endocrines.

Le syphilitique ancien peut donc transmettre à l'enfant une syphilis virulente par l'intermédiaire de la mère qu'il contamine, et ce fait surprenant va bien à l'encontre de l'opinion classique sur la durée de contagiosité de la syphilis bien soignée. La majorité des auteurs pense en effet que le danger de contamination aussi bien du mari par la femme que de la femme par le mari ne dépasse guère deux ans, et Queyrat précise dans son rapport à la Société de Dermatologie que les risques de contagion qui n'excèdent pas un an quand le malade a été traité avant l'apparition des réactions sérologiques, ne dépassent pas 2 ans, quand le traitement est commencé seulement en pleine période secondaire.

A notre avis, il faut distinguer à ce point de vue la syphilis de la femme et celle de l'homme; cette dernière donnant des risques de contagion infiniment plus prolongés du fait de la persistance du spirochète dans le sperme comme en témoignent les recherches de Feuillet et les inoculations positives de Finger. Mais là ne se borne pas encore toute la question de la contamination syphilitique ; il semble qu'il faille faire une place à part

à la contagiosité de la syphilis dans le mariage. N'est-il pas surprenant en effet de voir ce sujet dont la syphilis remonte à 16 ans avant son mariage, qui a été soigné de la façon la plus complète par un des spécialistes les plus autorisés, qui n'a cessé depuis d'être suivi cliniquement et sérologiquement sans présenter jamais aucun accident suspect, qui s'est marié avec toutes les autorisations requises et qui n'en a pas moins contaminé sa jeune femme au bout de 17 ans, puisque, comme nous l'avons montré tout à l'heure, les lésions syphilitiques de notre enfant ne peuvent s'expliquer que par la contamination maternelle préalable.

Il faut admettre qu'à l'exception de certains cas traités précocement et même préventivement, où l'on peut parler de stérilisation véritable, l'infection ne peut jamais être considérée comme définitivement éteinte. On peut penser que dans certaines conditions le parasite, peut être du fait de son emprisonnement dans les tissus, peut résister à l'agent thérapeutique et demeurer susceptible de donner lieu sous certaines influences, à de nouveaux réveils de l'infection. On connaît d'ailleurs de nombreux cas de syphilis virulente chez des vieillards n'ayant présenté aucun accident depuis le début de leur infection datant de 30 ou 40 ans et l'hérédo-syphilis elle-même nous offre beaucoup d'exemples de ces réveils tardifs du tréponème. Mais en dehors des périodes d'activité de la maladie, il ne semble pas que ces sujets soient contagieux et, dans les rapports sexuels extra-conjugaux, il est tout à fait exceptionnel de voir la syphilis transmise en l'absence d'accidents évolutifs ;

Toutes les prostituées sont syphilitiques et leurs clients échappent généralement à la contagion du moment que la femme a été blanchie, ou qu'ils n'ont pas eu la malchance de la rencontrer dans les premiers mois de son infection.

Dans le mariage au contraire, quelle que soit l'ancienneté de la diathèse, quel que soit le traitement qui lui ait été opposé et quelle que soit sa torpidité afférente, il est fréquent de la voir se transmettre du mari à la femme dès les premiers rapports comme en témoigne la fausse couche qui apparaît peu de mois après.

On ne peut parler d'une reviviscence de l'infection au cours des longues années de la vie commune puisque, lorsque la contagion doit se faire, c'est toujours dès la première grossesse qu'on en a la preuve et qu'elle semble s'atténuer au contraire au cours des conceptions ultérieures.

Quel est donc l'élément particulier qui modifie de si étrange façon la contagiosité de la syphilis dans le mariage ? Le Pr Fournier l'affirme avec son incontestable autorité : c'est la grossesse. « Une femme saine unie à un homme syphilitique reste indemne tant qu'elle n'est pas enceinte ; devient-elle enceinte, voilà la syphilis qui explose sur elle ». Ailleurs, il précise mieux encore la même idée : « Toutes les fois qu'il vous arrivera de rencontrer une femme qui ait pris la syphilis sans présenter d'accident primitif et qui ait contracté sa maladie d'un conjoint depuis longtemps exempt de tout symptôme suspect, ou bien cette femme est enceinte ou bien elle relève d'une grossesse ».

C'est bien à cette forme de syphilis que revient le nom de *syphilis par conception*, indépendamment de toute considération pathogénique. Il n'est pas question en effet de syphilis conceptionnelle au sens de Fournier, transmise à la mère par l'intermédiaire de l'enfant, mais de syphilis apportée directement par le sperme infecté à une muqueuse utérine gravide, probablement particulièrement réceptive du fait de son état spécial.

Si en effet, comme nous le verrons tout à l'heure en faisant l'étude critique de la syphilis conceptionnelle, la théorie de l'infection par « choc en retour » du fœtus à la mère semble inadmissible pour la plupart des auteurs modernes, si dans notre observation personnelle nous avons prouvé qu'elle n'entraîne pas en jeu, les nombreuses observations cliniques de Diday et de Fournier n'en existent pas moins. Si l'interprétation diffère, les faits demeurent de cette forme de syphilis si spéciale à la faveur de la première grossesse. Pour Fournier, la grossesse même n'est pas indispensable, il suffit d'une fausse couche, d'un simple retard de règles, pourvu qu'il y ait eu fécondation ovulaire.

Devant cette catégorie de faits on se demande ce qu'on doit penser de l'autorisation au mariage des syphilitiques et des lois qui ont été fixées à ce propos. Nous étudierons ces lois en détail et nous verrons quelles sont les garanties qu'on doit exiger aux points de vue chronologique, thérapeutique et sérologique pour autoriser le mariage des syphilitiques. On sait combien les auteurs

divergent sur ce point, sans parler de ceux qui interdisent le mariage à tout prix.

Pour nous, étant donné que même avec les précautions les plus strictes comme notre observation en est la preuve, on ne peut jamais répondre de la stérilisation définitive d'une syphilis, étant donné d'autre part que même en cas de syphilis virulente de la mère, le traitement arsénical intensif et précoce semble protéger complètement l'enfant, nous nous rangerions volontiers à l'opinion de Lacapère et Vallery-Radot qui pensent qu'on peut permettre le mariage à un syphilitique du moment qu'il ne présente plus d'accident contagieux à la condition qu'on impose un traitement préventif au procréateur et un traitement intensif à la mère pendant la grossesse.

Nous pensons en effet que des observations comme celle que nous publions ici diminuent considérablement l'intérêt de la question de l'autorisation au mariage et mettent par contre tout à fait au premier plan, celle du traitement pendant la grossesse.

Ce traitement est certainement de beaucoup l'arme la meilleure et la plus sûre qu'on ait dans la prophylaxie de l'héredo-syphilis, et nous verrons qu'à condition d'être précoce, elle est à peu près toujours infaillible même dans les cas de syphilis maternelles les plus récentes et les plus virulentes. Nous verrons encore que ce traitement doit être institué dans tous les cas où l'un des procréateurs peut être convaincu de syphilis

si ancienne ou si bien traitée soit-elle, et nous étudierons le choix et les doses du médicament qui conviennent à chaque cas. Pour le moment nous nous bornons à envisager la question des *réactivations par le traitement* que soulève un point de notre observation.

On sait en effet que la mort de l'enfant N... a été due à des accidents nerveux survenus vers la fin du second mois de la vie intra-utérine. Or c'est précisément la date à laquelle a été institué le traitement de sulfarsénol chez la mère. On ne peut pas ne pas voir dans cette coïncidence un fait d'autant plus impressionnant qu'*a priori*, si la syphilis du père, datant de 17 ans, bien traitée et contrôlée par une série de séro-réactions négatives, pouvait se manifester chez l'enfant par quelques signes dystrophiques discrets, elle ne paraissait pas susceptible de déterminer à elle seule les malformations tératologiques que nous avons constatées. En admettant même que l'infection paternelle ait été assez virulente pour déterminer des accidents graves, il eût été bien plus conforme à la règle habituelle de la voir se manifester par la mort du fœtus. Pour produire cet arrêt brusque du développement cérébral, il faut admettre l'intervention d'un facteur extrinsèque à ce moment précis et l'institution du traitement arsénical à cette époque semble bien avoir joué ce rôle.

Est-ce à dire pour cela que dans ce cas particulier il eût mieux valu s'abstenir de tout traitement ? Nous ne le pensons pas.

A la vérité il aurait peut-être mieux valu ne pas traiter du tout que traiter insuffisamment avec une seule

série de sulfarsénol sous-cutané. Mais ce qu'il fallait, c'était traiter plus tôt et plus longtemps, en commençant par de très petites doses pour arriver peu à peu aux doses suffisantes et entretenir la femme sous l'influence du médicament jusqu'à la dernière semaine de la grossesse. Ehrlich a toujours soutenu que les traitements insuffisants exaltaient la virulence du tréponème au lieu de le détruire et, dans le cadre de l'hérédosyphilis, le Pr Pinard enseignait de même que les doses insuffisantes ne constituaient pas un traitement mais une réactivation.

Enfin, il est encore intéressant de noter que depuis son accouchement, comme d'ailleurs pendant toute sa grossesse, la mère n'a présenté aucune espèce d'accidents de nature syphilitique. Nous savons que cette *latence de la syphilis par conception* est de règle, à telle enseigne que dans son hypothèse de la syphilis conceptionnelle, Fournier considérait la mère comme non infectée mais au contraire immunisée par l'infection du fœtus. En réalité dans le cas qui nous intéresse, la mère qui a transmis la syphilis à un enfant au 3^e mois de sa grossesse est bien syphilitique, et si cette syphilis latente ne se manifeste ni cliniquement, ni sérologiquement pour le moment, elle n'en expose pas moins à des accidents tardifs qui peuvent être parfois fort graves. C'est par cette forme muette d'infection contractée d'une syphilis maritale ancienne à la faveur d'une grossesse, qu'on peut expliquer tant d'aortites et d'arté-

rio-scléroses spécifiques chez des femmes âgées n'ayant présenté aucune manifestation syphilitique patente au cours de leur vie. Cette « syphilis des honnêtes femmes » est souvent d'autant plus grave qu'elle n'est pas soignée. Aussi est-ce pour nous une raison de plus de pratiquer le traitement spécifique dès le début de la première grossesse de toute femme mariée à un ancien syphilitique, pour avoir des chances de stériliser l'infection chez la mère dès le premier jour de sa transmission.

Telles sont les considérations que nous a suggérées l'observation de la famille N... Elles vont nous permettre d'éclairer de faits précis l'exposé que nous allons faire des lois de l'hérédité syphilitique et d'étudier de façon plus concrète la question pratique si importante de la prophylaxie de l'hérédo-syphilis.

CHAPITRE III

LA TRANSMISSION DE LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

Hérédité pathologique en général. — Hérédité toxique.
— Hérédité infectieuse. — Hérédo-syphilis virulente et hérédo-dystrophie. — Origine paternelle ou maternelle de la syphilis héréditaire - Syphilis héréditaire et syphilis congénitale. — Loi de Carle.

La ressemblance des enfants au père et la transmission par le procréateur de la plupart de ses attributs physiologiques, psychiques et pathologiques, s'imposent tellement à l'observation banale que, pendant longtemps, l'origine à proprement parler héréditaire de ces caractères chez l'enfant a pu être admise sans discussion.

A la vérité, de tout temps, les penseurs se sont étonnés que la cellule initiale paternelle pût contenir en germe l'élément de tant de prédispositions de toutes sortes et

Montaigne lui-même quand il a commencé à « pratiquer la cholique » se demande comment son père a pu lui transmettre « cette qualité pierreuse » 25 ans avant qu'il en ait personnellement ressenti les premiers effets. « Où se couvoit tant de temps la propension à ce défaut ? et lorsqu'il était si loing du mal, cette légère pièce de sa substance dequoy il me bastit, comment comportait-elle pour sa part une si grande impression ? et comment encores si couverte, que quarante cinq ans aprez j'aye commencé à m'en ressentir, seul entre tant de frères et sœurs, et tous d'une mère ?..... Quel monstre, en effet, que cette goutte de semence » où l'auteur des Essais dit avoir reçu de son père en même temps que sa propension choliqueuse, son antipathie héréditaire pour les médecins ! Mais peut être n'est-il pas besoin d'invoquer l'hérédité pour expliquer chez le père et le fils des accidents arthritiques que leur commun mépris de la médecine et de ses prescriptions hygiéniques suffisent à expliquer. Il doit en être ainsi bien souvent dans nombre d'affections soi-disant héréditaires qui ne sont que le résultat des mêmes causes produisant les mêmes effets dans les mêmes conditions de vie, sur des sujets de même complexion. Et s'il est vrai que « nous avons encore les dents agacées du verjus qu'ont mangé nos pères », encore faut-il le plus souvent que nous renouvelions leurs excès pour en ressentir les effets.

Fournier pense que dans le langage médical, le mot hérédité doit comporter une signification plus restreinte que dans le langage courant. L'hérédité n'est pas tout ce qui passe des ascendants aux descendants. Mais seu-

lement ce qui est transmis lors de la fécondation. Ainsi nous pouvons hériter de la débilité organique résultant de la maladie de nos procréateurs. Celle-ci peut nous sensibiliser à l'égard de la cause morbide qui reproduira chez nous la maladie primitive à la première occasion, mais elle ne nous la transmet pas.

Le domaine de *l'hérédité pathologique* se réduit donc singulièrement à mesure qu'on l'étudie de plus près.

Dans le cadre des maladies dites familiales, Apert a montré combien étaient nombreuses les formes qui ne relèvent pas à proprement parler de l'hérédité. Toutes les malformations ayant pour cause une maladie de l'embryon ou de ses annexes, encéphalite fœtale, syphilis fœtale, altération de l'amnios, toutes les dystrophies ayant pour cause une altération toxique du spermatozoïde ou de l'ovule produisant les stigmates de dégénérescence, la folie des dégénérés. Comme maladies familiales vraiment héréditaires, il ne subsiste que celles résultant d'une modification du patrimoine ancestral en dehors de toute intervention pathologique ultérieure. Telle cette race de Thébains dont Montaigne rapporte l'histoire « qui portoient dès le ventre de la mère la forme d'un fer de lance ; et qui ne le portait pas estoit tenu illégitime ».

Ainsi les dystrophies acquises ne sauraient en aucun cas devenir héréditaires, comme en témoignent ces races de chiens dont on coupe la queue de génération en génération et qui procréent toujours des individus à longue queue.

Dans l'*hérédité toxique*, Nicloux a montré qu'il fallait faire la part très grande aux cas d'intoxication directe du fœtus in-utéro. Les expériences prouvent en effet que si on soumet la femelle gravide à des injections quotidiennes d'alcool, les quantités de toxiques retrouvées par l'analyse sont à peu près les mêmes dans les organes fœtaux et maternels. Mais l'alcool peut atteindre les gamètes avant la conception grâce à l'action élective qu'ils possèdent sur le testicule et les cellules de la lignée séminale. Il faut donc distinguer le passage du toxique avec le sang maternel à travers le placenta, de son action véritablement héréditaire par altération du gamète. Ce dernier mode de propagation est évident quand l'intoxication est limitée au père, et il existe d'intéressantes observations de femmes ayant eu un certain nombre d'enfants sains avec un homme bien portant et faisant ensuite une série de fausses couches du jour où le père est devenu saturnin, cocaïnomanie ou alcoolique, les accidents variant d'ailleurs avec la période ou le degré de l'intoxication paternelle.

Dans les maladies infectieuses, le rôle de l'hérédité est encore plus difficile à préciser et il semble qu'on doit le réduire à bien peu de choses. On connaît le sort de la tuberculose longtemps considérée comme la plus héréditaire des maladies et pour laquelle on n'admet plus aujourd'hui, peut-être avec quelque excès d'ailleurs, que la transmission par contact direct. Pour la syphilis, la même évolution semble se faire et pour la plupart des auteurs modernes, il ne subsiste pas grand chose de la géniale hypothèse de la syphilis conceptionnelle.

Dans l'hérédité infectieuse en général, il faut distinguer l'infection proprement dite par les bactéries et l'intoxication par les produits solubles que celles-ci peuvent sécréter. Jusqu'à nouvel ordre, il semble que l'agent infectieux ne puisse pas se transmettre par le spermatozoïde et que la seule intoxication qui atteigne le gamète, si elle est capable de produire certaines dystrophies, n'a rien d'assez spécifique pour qu'on puisse parler de transmission de la maladie en nature.

Cette manière de voir semble bien confirmée par les résultats des examens histologiques de Nattan Larrier sur les organes fœtaux à la suite des infections les plus banales frappant la mère au cours de la grossesse en dehors de toute infection directe du fœtus ; et il apparaît bien que la plupart des maladies infectieuses dites héréditaires, ne sont à proprement parler que congénitales, acquises par l'embryon à une époque plus ou moins rapprochée de la conception.

Pendant longtemps on a voulu opposer deux formes de syphilis héréditaire, les *manifestations virulentes et les manifestations dystrophiques*. En réalité, il n'y a qu'une syphilis. « C'est une maladie infectieuse, spécifique, due au spirochète de Schaudinn, inoculable aux animaux, transmissible par hérédité ou par contagion, et conférant l'immunité, évoluant en 3 périodes avec un accident primaire apparaissant au point d'inoculation une vingtaine de jours après le contact infectant ; des accidents secondaires de généralisation se manifestant après

une seconde incubation d'une quarantaine de jours et enfin des accidents tertiaires où l'infection semble se localiser après une période de latence clinique absolue de durée indéterminée. Que la maladie soit transmise par contagion ou par hérédité, elle se manifeste toujours avec les mêmes propriétés de contagiosité, d'inoculation et d'immunité, avec les mêmes caractères évolutifs, l'accident primaire pouvant, il est vrai, passer inaperçu, les accidents secondaires pouvant se produire in-utéro, les accidents tertiaires pouvant n'apparaître que très longtemps après la naissance, réalisant les manifestations bien connues de la syphilis tardive.

Qu'elle soit acquise ou héréditaire, c'est toujours la syphilis et quand on parle de manifestations dystrophiques, de deux choses l'une : ou bien elles sont spécifiques comme les bosses frontales des rachitiques où on retrouve le tréponème et comme les syndromes endocriniens qui dépendent de lésions spécifiques et c'est de la syphilis, ou bien elles résultent d'altérations toxiques, non spécifiques des gamètes et ce n'est plus de la syphilis.

La question de l'hérédité toxique de la syphilis étant éliminée, il ne reste plus, pour établir sa transmissibilité dans la fécondation qu'à savoir si le spirochète peut parasiter l'ovaire et le spermatozoïde.

Quand on pratique des inoculations au singe, on constate que dès la période d'évolution du chancre, le virus se propage à la moelle osseuse, à la rate, aux gros vis-

cères et aux organes génitaux. Ainsi Feuillet a pu trouver le tréponème au niveau des testicules dans le tissu interstitiel entre les canaux séminifères et à l'intérieur même de ces canaux. Il l'a retrouvé aussi au niveau de l'ovaire, non seulement dans le tissu interstitiel, mais à l'intérieur même des cellules ovulaires proprement dites. Comme on sait d'autre part, qu'à l'inverse des cellules de la lignée séminale qui se renouvellent incessamment, les ovules sont préformés dès l'enfance, il n'est pas illogique d'admettre que les ovules puissent être parasités au moment de la fécondation. Mais les expériences de Francotte semblent bien démontrer que de tels ovules sont inaptes à la fécondation et au développement ultérieur, et c'est vraisemblablement la cause de tant de cas de stérilité et d'avortements précoces chez la femme syphilitique.

En tous cas, si l'impossibilité de la transmission de la syphilis maternelle par l'ovule n'est pas absolument démontrée anatomiquement nous n'en aurons pas davantage la preuve clinique puisqu'on ne pourra jamais la différencier de la syphilis congénitale par voie placentaire.

Pour la syphilis d'origine paternelle, il en va tout autrement. S'il est vrai que dans certaines infections (spirochètose des poules, fièvre récurrente) on ait pu constater le parasitisme du gamète mâle, cette vérification n'a jamais pu être faite pour le tréponème de Schaudinn.

Astruc, Finger et Landsteiner, Ubstentruth ont réalisé des inoculations positives de sperme au singe et

au lapin, mais inoculation n'est pas synonyme de fécondation et, si M. Pinard a décelé incontestablement la présence de spirochètes dans le sperme, il ne l'a pas trouvé inclus dans le spermatozoïde. Il est donc vraisemblable d'admettre que le sperme ainsi infecté se borne à contaminer la mère par les voies naturelles et l'enfant ne sera syphilitisé que secondairement par la voie utéro-placentaire.

Ainsi il apparaît qu'à l'exception peut-être des cas où la mère était contaminée avant la grossesse, la syphilis ne peut être transmise à l'œuf dès la fécondation et que, de toutes façons, la contamination de l'enfant suppose toujours l'infection préalable de la mère. Ainsi l'ancienne loi de Colles-Baumès disant que l'enfant procréé syphilitique par un père syphilitique n'infecte jamais la mère saine en apparence, doit bien être remplacée par le nouveau texte de Carle : une mère qui donne naissance à un enfant syphilitique est toujours syphilitique, quelles que soient ses apparences de santé. Il nous paraît même qu'on pourrait formuler plus simplement : *la syphilis héréditaire n'existe pas, il n'y a que des syphilis congénitales.*

Cette nouvelle loi de Carle qui détruit du même coup la théorie de la syphilis conceptionnelle n'en laisse pas moins subsister la masse des faits cliniques que cette théorie avait pour but d'expliquer : tous les cas de syphilis ancienne transmise du père à l'enfant, sans infection apparente de la mère. Nous avons longuement discuté cette question en commentant l'observation que nous avons rapportée au début de ce travail et nous

avons conclu à une forme spéciale de contagiosité retardée de la syphilis paternelle dans le mariage à la faveur de la grossesse, que nous avons appelée syphilis par conception, par opposition à la syphilis conceptionnelle des anciens auteurs.

Comme Mme Monnier le démontre dans sa thèse si documentée et si accablante pour notre sexe « Celui qui apporte la syphilis dans le mariage, c'est l'homme, c'est lui le grand coupable ! La femme est presque toujours innocente ». Ce sont aussi les conclusions qui résultent de l'enquête de P. C. Jeans qui, sur 100 familles entachées de syphilis, trouve 96 fois le père à l'origine de l'infection du ménage, la femme n'ayant été la première touchée que dans 4 cas, dont 3 seraient d'ailleurs le fait d'un premier mariage. Mais, *si la syphilis entre le plus souvent dans le foyer par le père. ce n'en est pas moins la mère qui est la cause directe et nécessaire de l'infection des enfants.*

Au temps de Fournier, on pouvait discuter à perte de vue sur l'origine paternelle ou maternelle de l'hérédosyphilis. De nos jours, il semble que la réaction de Wassermann faite en série dans les familles syphilitiques ait tranché définitivement la question.

Levaditi a montré en effet que lorsque l'enfant présentait des lésions actives de syphilis, le B. W. de la mère était positif dans 96 0/0 des cas et le Prof. Nobé-bécourt a insisté lui-même sur le parallélisme à peu près constant des réactions sérologiques de la mère et de l'enfant. Les expériences de Ch. Leroux et R. Labbé sont encore plus convaincantes à ce sujet qui montrent

que, s'il est fréquent de rencontrer la formule : B W père — B W mère + B W enfant + s'expliquant par l'ancienneté de la syphilis paternelle et le traitement qu'elle a pu recevoir tandis que la syphilis maternelle est récente et non traitée, on ne rencontre jamais la formule, : B W père + B W mère — B W enfant + qui justifierait seule la possibilité de l'origine paternelle exclusive.

Ainsi nous ne comprenons pas comment la plupart des traités reproduisent encore les distinctions étiologiques de Fournier sur l'origine paternelle, maternelle ou mixte de l'hérédo-syphilis, accordant à ces catégories arbitraires les chiffres précis de 33 %, 84 % et 91 % de morbidité. Cette statistique basée sur les manifestations cliniques de la syphilis des parents prouve seulement que les infections virulentes ont plus de chance de se transmettre aux enfants que les formes latentes. Mais en réalité, qu'elle soit primitive ou secondaire, bruyante ou muette, c'est toujours la syphilis maternelle qui commande la syphilis de l'enfant. Il ne peut pas y avoir de syphilis de l'enfant sans syphilis de la mère.

CHAPITRE IV

LA PROPHYLAXIE DE LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

L'éducation sexuelle et l'enseignement des maladies vénériennes au point de vue de leurs conséquences héréditaires. — Autorisation au mariage des syphilitiques. — Traitement de la syphilis pendant la grossesse. — « La syphilis des honnêtes femmes ». — Mise en œuvre du traitement. — Les consultations hospitalières. — Les dispensaires. — Les œuvres de protection maternelle et infantile.

Avant d'étudier les moyens de prévenir la transmission congénitale de la syphilis à l'enfant, on peut se demander s'il n'y aurait pas quelque chose à faire pour mettre plus souvent le mariage à l'abri de cette redoutable maladie. De même qu'il est inconcevable qu'on abandonne encore des jeunes gens ignorants de la question sexuelle aux sollicitations d'un instinct dévié par les conditions sociales et à l'exemple de camarades

non mieux instruits qu'eux, de même qu'il est surprenant que les préjugés commandent au malheureux enfant qui a contracté la syphilis de cacher son infortune plutôt que de la confier à ceux qui pourraient l'aider à en conjurer les funestes conséquences, il est vraiment étrange que les candidats au mariage et leurs familles ne soient pas mieux avertis du danger qui menace si souvent le foyer où ils mettent en commun leurs plus doux espoirs.

Si on montrait au jeune homme toute la responsabilité qu'il peut encourir vis-à-vis de sa future famille dans un instant d'égoïste égarement, si on le prévenait de l'humiliante situation où il risque de se trouver un jour d'avoir à renoncer au mariage ou de demander à sa femme de partager son long et pénible traitement, si on instruisait la jeune fille elle-même du danger qui la menace avec ses futurs enfants, si les parents connaissaient la responsabilité qu'ils assument à ce point de vue en agréant tel ou tel prétendant, si en un mot le mal était dévoilé au lieu de demeurer caché sous le couvert d'on ne sait quel faux préjugé, nous ne pouvons pas ne pas croire qu'il serait à moitié conjuré. Les honnêtes gens en seraient presque toujours épargnés et les autres réussiraient moins souvent à tromper la bonne foi de leur conjoint. Peut-être verrions-nous aussi de ce fait notre société bourgeoise revenir à une plus juste conception du mariage que le souci des intérêts matériel recule par trop au delà de l'âge nuptial au bénéfice de la prostitution. Peut-être ferions-nous un pas vers la conception si désirable de

l'examen médical obligatoire avant le mariage. Nous ne voyons pas en effet pourquoi, avant de réaliser un projet matrimonial, les deux familles ne mettraient pas en présence leurs médecins comme elles confrontent leurs notaires. Il serait toujours facile aux deux praticiens de respecter le secret professionnel en ne précisant pas de quel côté et pour quelles raisons il existe un empêchement médical à l'union sur laquelle ils ont été consultés, d'autant plus que cette consultation ne porterait évidemment pas exclusivement sur le chapitre des maladies vénériennes.

Enfin, dans le cas où un ménage serait reconnu entaché de syphilis, la femme, prévenue de la fréquence de cette maladie et de la gravité de ses conséquences pour la famille, serait toute préparée à recevoir l'aveu du mari et le traitement du médecin. Nous en aurions dès lors heureusement fini de ces soi-disant traitements camouflés de la femme mariée qui aboutissent toujours à un malheur : trop bien dissimulés, ils sont généralement insuffisants pour protéger la mère et les enfants ; assez énergiques, ils dévoilent toujours la complicité du mari et du médecin au juste dommage de l'un et de l'autre.

L'autorisation au mariage des syphilitiques

Dans la préface de son ouvrage : « syphilis et mariage », avec toute l'éloquente ardeur qui lui est coutumière, le Pr Fournier met le praticien en présence du cas de conscience redoutable qui s'offre à lui quand un

syphilitique plus ou moins ancien le vient consulter sur l'opportunité de son mariage.

Péchez-vous par sévérité excessive, « voilà votre client indûment condamné au célibat, banni de la vie honnête où il se proposait d'entrer, rejeté dans la vie irrégulière avec toute les misères sociales, morales et autres que celle-ci comporte ». Péchez-vous par faiblesse, « quoi de plus triste alors que d'apporter à une jeune fille la vérole comme cadeau de noces, quoi de plus hideux pour un jeune ménage que la syphilis au berceau ! »

Quelle doit donc être la conduite du médecin dans une conjecture si délicate ? A la vérité, il fut de tout temps impossible d'accorder toutes les opinions autorisées sur ce point. C'est ainsi que répondant à l'enquête de Civatte à ce sujet en 1907, Landouzy et Mibelli de Parme affirmaient qu'on devait interdire tout mariage au syphilitique, de Beurmann et Bodin pensaient qu'il valait mieux que le syphilitique ne se marie pas, tandis que le P^r Fournier et la plupart des autres spécialistes estimaient que le syphilitique avait droit au mariage sous certaines conditions. Les conditions étaient d'ailleurs extrêmement variables selon les auteurs : les Allemands exigeaient un délai minimum de 10 années, les Anglais se contentant de 18 mois à 2 ans. En France on admettait généralement que les conditions requises pour autoriser le mariage devaient être de cinq ordres : Le syphilitique devait d'abord ne présenter aucun accident en évolution. La maladie devait dater de 4 à 5 ans au moins. Le sujet devait en outre avoir suivi un traitement suffisant d'iode et de mercure pendant plusieurs

années. Son infection devait enfin ne présenter aucun caractère menaçant et ne s'être manifestée d'aucune manière depuis au moins 18 mois. On voit que l'ensemble de ces conditions représentait à peu près dans les cas les plus favorables un délai de cinq années de traitement et de surveillance.

Mais, depuis les travaux de Fournier, nous avons à notre disposition trois éléments nouveaux qui sont de nature à préciser mieux la question qui nous occupe, à savoir : le traitement par les arsénobenzènes, la réaction de Wassermann, et l'examen systématique du liquide céphalo-rachidien. Il est incontestable que le traitement arsénical appliqué énergiquement et surtout précocement avant la généralisation de l'infection a permis de stériliser certaines syphilis, comme en font foi quelques cas indiscutables de réinfection ; mais dans la grande majorité des cas, l'expérience prouve que le traitement arsénical le mieux conduit ne doit pas nous faire départir de la plus grande prudence quant aux réveils toujours possibles de l'infection pour l'individu et sa descendance. Pour ce qui est du Wassermann, il faut être prévenu également de la relativité des renseignements qu'il peut donner : La négativité d'une réaction ne permet pas en effet d'affirmer l'absence ou la stérilisation définitive d'une syphilis, car on connaît de nombreux exemples d'accidents secondaires en évolution avec Wassermann et Hecht négatifs ; et l'opinion de Vernes qu'un Wassermann toujours négatif pendant 8 mois ne devient pas ou ne redevient pas positif, n'est pas encore une chose démontrée. Quant à la

ponction lombaire, si elle permet d'affirmer l'intégrité du système nerveux ou la guérison de ses accidents, elle n'a aucune valeur pour juger l'infection dans son ensemble.

Ces réserves faites, il n'en reste pas moins qu'à la lumière de ces nouvelles acquisitions, MM. Queyrat, Hudelo, Spillmann, Gastou et Clément Simon ont pu soumettre à la Société de Dermatologie et Syphiligraphie des directives assez précises sur la question de *l'autorisation au mariage des syphilitiques*. Dans le cas d'un malade vu et traité dès la période primaire, par conséquent avant l'apparition des réactions sérologiques et des accidents secondaires, ces auteurs prescrivent un an de traitement et un an d'observation au bout desquels l'autorisation au mariage est donnée si la sérologie reste négative dans le sang et le liquide céphalo-rachidien. Si le malade n'a été vu et traité qu'après l'apparition des réactions sérologiques et des accidents secondaires, le traitement devra être continué deux ans et le malade surveillé sérologiquement deux années encore après la fin du traitement.

Au cas où la séro-réaction persisterait dans le sang, le liquide céphalo-rachidien restant normal, cinq ans de traitement sont nécessaires et on ne doit permettre le mariage qu'à la condition de continuer ce traitement chez le père et de l'imposer à la mère pendant la grossesse. Dans l'éventualité d'un B.-W. positif dans le sang avec réaction méningée, il faut absolument interdire tout mariage tant que cette réaction n'a pas disparu et imposer encore un stage de deux années de surveillance

au point de vue nerveux. Si les accidents nerveux sont apparus, il ne faut autoriser le mariage sous aucun prétexte ni pour maintenant ni pour plus tard. Le cas d'un syphilitique ancien qui ne pourrait donner aucun renseignement sur sa maladie ou sur son traitement, a été également envisagé : il faut tâcher de le faire rentrer dans une des catégories précédentes. S'il présente des manifestations viscérales ou nerveuses, on lui interdit le mariage. En cas contraire, on pratique les examens sérologiques — s'ils sont positifs, on traite le malade jusqu'à ce qu'ils soient négatifs — s'ils sont négatifs on demande 2 à 3 années de traitement avant le mariage. Dans tous les cas on exige la continuation du traitement après le mariage.

Telles sont les règles proposées par la commission spéciale constituée sur l'initiative de M. Brocq et qui ont été admises à peu de choses près par la plupart des spécialistes.

Pour Milian il faudrait cependant ajouter à ces précautions le contrôle du Wassermann classique par l'épreuve plus sensible du Hecht au sérum non chauffé et la réaction à l'antigène de Desmoulières cholestériné. Et, au cas où ces réactions se montreraient toutes négatives, il y aurait lieu de les renouveler au bout de 9 à 12 mois, les 5^e, 15^e et 25^e jours après une ou deux injections de réactivation de 0,30 à 0,40 centigr. d'arsénobenzol.

Dans la pratique, outre que ces prescriptions sont souvent difficiles à réaliser, elles ne donnent pas toujours des résultats en rapport avec leur apparente pré-

cision. On ne peut jamais répondre en effet de la fidélité avec laquelle un malade a suivi le traitement qu'on lui a prescrit, et il faut souvent compter avec les faux renseignements de certains clients qui croient avoir intérêt à tromper leur médecin. Et puis, connaîtrait-on exactement la quantité d'arsenic qu'un sujet a pu recevoir dans les veines et sous la peau, qu'on ne pourrait en augurer encore de l'avenir de sa maladie, tellement le spirochète se comporte diversement vis-à-vis du médicament. Pour ce qui est des réactions de laboratoire, en admettant même que le malade accepte les ennuis et les frais de toutes les prises de sang et ponctions lombaires répétées, nous savons trop quelles réserves M. Brocq fait lui-même sur les résultats du Wassermann en série pour y attacher une valeur absolue. Il n'est pas jusqu'aux constatations cliniques qui ne soient sujettes à caution, comme le prouve l'observation que nous avons rapportée et tant d'autres similaires, de syphilis depuis longtemps éteintes en apparence, qui n'en contaminent pas moins la mère et l'enfant au bout de 15 à 20 ans.

On en arrive donc à penser avec Tixier qu'en présence d'un syphilitique candidat au mariage, après avoir fait un examen clinique minutieux pour éliminer les accidents contagieux et les lésions viscérales graves susceptibles d'amoindrir la valeur sociale du sujet, *mieux vaut n'être pas trop exigeant sur des conditions que le malade serait bien tenté d'outrepasser « quitte à concentrer tous ses efforts sur la véritable prophylaxie de la syphilis héréditaire, c'est-à-dire le traitement de la femme pendant la grossesse ».*

*
* *

Dans le cas où c'est la femme qui vient demander l'autorisation au mariage, il faut certainement se montrer beaucoup plus sévère que pour l'homme. Outre que dans ce cas, il n'est pas tout à fait impossible que la transmission de la maladie au fœtus se fasse dès la fécondation par l'intermédiaire d'un ovule parasité, de toutes façons la contagion à peu près fatale se fait toujours de façon très précoce. Aussi n'hésitons-nous pas dans cette éventualité à recommander à ces femmes de ne pas cesser leur traitement pendant les années où elles sont susceptibles d'avoir des enfants et de reprendre ce traitement avec une particulière intensité au moment de la grossesse.

*
* *

Mais la question de l'autorisation au mariage ne se borne pas à la syphilis acquise. M. Pinard dit encore « que le médecin ne doit pas laisser marier un jeune homme ou une jeune fille avec un Wassermann positif sous prétexte que cela n'est que de la syphilis héréditaire ». Il y a en effet dans la littérature médicale bon nombre d'observations qui prouvent sans discussion possible le pouvoir fœticide de l'hérédo-syphilis, et M. Queyrat en a encore rapporté dernièrement un cas des plus frappants.

Que la contagion se soit faite pendant la vie intra-uté-

rine ou après, c'est toujours le même tréponème, c'est toujours la même maladie.

Le traitement pendant la grossesse s'impose toujours lorsqu'un des procréateurs est syphilitique de quelque origine et de quelque date que soit sa contamination.

Le traitement pendant la grossesse

Si la conduite du médecin est difficile quand il est consulté par un syphilitique candidat au mariage, sa situation n'est pas moins délicate quand il se trouve devant le fait accompli. De deux choses l'une alors, ou bien le syphilitique a satisfait aux conditions cliniques, thérapeutiques et sérologiques que le médecin lui avait imposées, ou bien il s'est marié sans son autorisation. Dans le dernier cas il faut examiner son malade avec soin. S'il est reconnu encore contagieux, il faut le traiter énergiquement ainsi que sa femme chez laquelle on a chance de pouvoir agir préventivement. Si le sujet paraît ne devoir plus être contagieux pour sa conjointe, tout au moins en dehors de la conception, il suffit de la traiter seul en lui recommandant de s'observer soigneusement pour s'abstenir de tout rapport sexuel au cas où il présenterait la moindre érosion à la bouche ou aux organes génitaux et d'éviter toute procréation jusqu'à nouvel ordre.

De toutes façons, quelle que soit l'origine paternelle ou maternelle de la syphilis dans un mariage, quelle que soit son ancienneté, quel qu'ait été son traitement, il est indis-

pensable de traiter la mère à chaque grossesse et pendant toute la durée de sa grossesse.

Nous avons vu en effet qu'à part les cas de traitement appliqué avant l'apparition des réactions sérologiques et des accidents secondaires où l'on peut réellement parler de stérilisation, dans toutes les autres éventualités, la thérapeutique ne peut assurer qu'une latence temporaire de l'infection toujours susceptible de réveils. Les tréponèmes qui ont échappé à l'action du spirillicide peuvent toujours se transmettre au fœtus par l'intermédiaire du placenta, et il est prudent de chercher à les frapper dès le début de la grossesse, quand la prolifération en est encore peu active. Les nombreux faits de fausses-couches survenant lorsque le traitement est interrompu chez des femmes ayant eu des enfants sains lorsqu'elles l'ont suivi, prouve assez combien l'action préventive du traitement ne s'exerce qu'à brève échéance.

L'observation de cette malade d'Halbron énergiquement traitée jusqu'au premier jour de sa grossesse, qui a eu un enfant mort-né au 7^e mois, alors qu'on avait suspendu le traitement pendant la gestation, les indiscutables observations de syphilis maternelle récente ayant permis la naissance de beaux enfants grâce à une thérapeutique intense du premier au dernier jour de la grossesse : tous ces faits montrent assez combien ce traitement de la syphilis pendant la grossesse, s'il est la condition nécessaire à son heureuse terminaison dans les cas d'infection apparemment les plus bénignes, semble pouvoir être aussi la condition suffisante à cette favorable issue dans les infections les plus virulentes.

C'est pour pouvoir prendre cette indispensable précaution, même dans les cas de syphilis muette, que pour M. Pinard, « le médecin à qui on confie la surveillance d'une gestation doit chercher la syphilis, comme il cherche l'albumine ». Il faut chercher la syphilis dans la notion des fausses-couches antérieures, dans l'examen actuel de la parturiente, dans les signes ovulaires des précédentes grossesses, chez les autres enfants, chez le père et chez les grands-parents.

Au cas où l'on ne trouverait rien d'anormal dans la parenté légale, il ne faut pas encore éliminer la possibilité de syphilis qui peut être importée par l'intervention d'un procréateur adultérin. Tel est le cas de cet enfant, syphilitique notoire, que nous avons à examiner ces jours derniers et dans les antécédents duquel nous étions surpris de ne trouver aucune syphilis en remontant jusqu'à la 3^e génération. A un interrogatoire plus serré, nous avons appris que le grand-père paternel légal n'était pas le procréateur effectif du père de l'enfant. Nous avons pu savoir que le procréateur authentique était en effet syphilitique et que, si sa maladie a été sans conséquence apparente sur ses enfants légitimes comme sur son enfant adultérin à la première génération, elle a eu les mêmes conséquences fâcheuses à la deuxième génération dans son ménage régulier et dans son ménage irrégulier.

L'indication du traitement pendant la grossesse étant posée par l'un quelconque de ces éléments de l'examen clinique ou de l'interrogatoire, il nous faut étudier maintenant sa mise en œuvre.

Malgré les observations impressionnantes qu'a publiées Fournier, de grossesses menées à terme par le traitement mercuriel chez des femmes n'ayant pu avoir d'enfant sain sans cette thérapeutique, ce médicament n'est pour ainsi dire plus employé aujourd'hui pendant la gestation. Bertin et Lancereaux qui l'utilisaient avec l'iodure n'obtenaient que 117 enfants sains sur 276 grossesses et la statistique de Galliot ne compte que 17 % de succès complets avec ce médicament. Harold, Boas et Gammeltoft concluent au chiffre un peu plus élevé de 30 %. Enfin le rapport de Sauvage précise que lorsqu'il s'agit de femmes présentant encore des lésions syphilitiques pendant la grossesse, le mercure ne donne que 10 % d'enfants vivants. Chez les femmes n'ayant plus d'accidents à ce moment, mais n'ayant pas suivi de traitement régulier auparavant, le nombre d'enfants sains n'est encore que de 30 %. Ce n'est vraiment que dans le cas de femmes régulièrement traitées avant et pendant la grossesse que le mercure permet d'atteindre le pourcentage intéressant de 88 % de succès. Cette constatation motive l'opinion de Clément Simon qui ne se dit partisan de ce médicament qu'au cas où il peut être commencé avant la fécondation et poursuivi pendant toute la gestation. Encore faut-il se montrer très réservé dans l'emploi du mercure à cause des stomatites fréquentes qu'il provoque chez la femme enceinte et de son action particulièrement marquée sur le rein.

*
* *

Le bismuth, très employé dans ces dernières années, semble participer des mêmes inconvénients que le mercure au point de vue des accidents rénaux et bucaux. On ne devra donc l'employer qu'avec précaution et ne l'associer jamais au médicament précédent. Moins actif que l'arsenic, il donne moins de garanties que lui. Mais, beaucoup plus actif que le mercure, il pourra rendre de grands services chez les arséno-résistants et dans les cas où la médication intra-veineuse est impossible.

*
* *

C'est donc sur l'*arsenic* que l'accord de la plupart des spécialistes semble se faire, à la vérité ce médicament pas plus que les autres n'a été à l'abri des critiques et Gougerot, Pomaret et Benoit accusent l'arsénobenzol de certains cas d'avortements qu'ils expliquent par un mécanisme de crise nitritoïde viscérale avec congestion de la muqueuse utérine. Il n'est pas dit que les accidents que rapportent ces auteurs soient dus à la cause qu'ils invoquent, et Sauvage avec la majorité des accoucheurs pense que bien loin d'arrêter l'évolution de la grossesse, l'arséno-benzol en permet l'aboutissement à terme. On a encore accusé l'arsenic d'une action nocive sur le fœtus, dont il ralentirait les mouvements du cœur. Si cette action est possible, elle n'est en tous cas que momentanée et il n'a jamais été noté de cas de mort du fœtus à l'occasion d'une injection. Reste seu-

lement l'action toxique du médicament sur le foie ou les reins déficients de la mère. C'est la seule contre-indication que nous retiendrons de ce précieux agent thérapeutique et il va sans dire qu'on ne doit jamais entreprendre un traitement d'arsénobenzol chez qui que ce soit sans avoir éprouvé auparavant l'état fonctionnel de ses principaux viscères. L'albuminurie en particulier, à condition d'être légère ne suffit pas à proscrire l'emploi de l'arsenic, elle commande simplement une plus grande prudence dans le choix des doses de début et leur mode de progression.

En somme, une fois éliminés les cas de débilité rénale ou hépatique, la médication arsénicale n'offre pas plus de danger chez la femme enceinte que chez tout autre individu et il ne faut pas se priver sans raison sérieuse des avantages qu'elle peut procurer. Il importe seulement d'observer strictement toutes les précautions habituelles dans la technique des injections. Ne se servir que d'eau fraîchement distillée, n'opérer que sur une malade à jeun, lui imposer le repos au lit et la diète hydrique le jour de l'injection, ne passer à une dose supérieure que si la dose précédente a été bien supportée, préparer sa malade avec un peu d'adrénaline si elle a présenté le moindre malaise aux injections antérieures.

Pour ce qui est de la répartition des piqûres dans le temps de la grossesse, la règle fondamentale nous paraît être de *commencer le traitement dès les tout premiers*

jours de la gestation. C'est la période où l'infection est la plus nocive pour l'œuf. C'est vraisemblablement aussi celle où elle est le plus accessible à la thérapeutique. Pour Queyrat, il faudrait agir dès le plus petit retard de règles. Si ce traitement doit être précoce, il doit être encore à peu près ininterrompu et les périodes de repos entre les séries de piqûres ne doivent pas excéder trois semaines pour éviter les récives qui peuvent se produire à l'occasion de suspensions plus longues. Pour la même raison, la thérapeutique doit être poursuivie *jusqu'aux derniers jours de la grossesse.*

Il faut même traiter les cas de syphilis post-conceptionnelles contractées après le 7^e mois, même si elles ne paraissent pas devoir atteindre le fœtus in utero, pour protéger le nourrisson de la contagion au passage pendant l'accouchement.

Quant au choix du médicament arsénical, la préférence doit être donnée sans hésitation à l'*arsénobenzol intraveineux* ou au novarsénobenzol plus facile à manier. C'est le seul médicament qui donne une certitude de succès à peu près absolue, M. Pinard recommande de frapper le plus fort possible en préconisant 4 séries dosées comme il suit à raison d'une injection par semaine : 1^{re} série : 0,15 — 0,30 — 0,45 — 0,60 — 0,75 et 3 fois 0,90. 2^e série : 0,30 — 0,45 — 0,60 — 0,75 et 4 fois 0,90. 3^e série : 0,45 — 0,60 — 0,75 et 5 fois 0,90. 4^e série : 0,60 — 0,75 et 6 fois 0,90. — Ces doses ont paru un peu fortes à beaucoup d'auteurs et Cl. Simon n'atteint qu'exceptionnellement 0,60 dans des cas re-

belles. Pour nous, nous avons adopté les conclusions de Tixier qui a coutume de commencer par 0,10 ou 0,15 de néosalvarsan et d'augmenter à chaque injection hebdomadaire la dose du médicament de 0,10 ou 0,15 pour faire comme dose maxima 0,45 — 0,50 ou 0,60 suivant le poids et la tolérance, sans dépasser cette dose jusqu'à la fin de la série, chaque série comportant 8 injections.

Au cas où la médication intraveineuse serait impossible du fait de l'éloignement du médecin ou de la difficulté de pratiquer les injections chez certaines femmes obèses dont les veines sont inaccessibles, Queyrat pense qu'on peut employer le novarsenobenzol intramusculaire à condition d'injecter 0,40 centigrammes de produit par semaine et d'atteindre à chaque série la dose totale de médicament qu'on administrerait dans les veines. On ne peut faire plus de 0,15 à 0,20 centigrammes à chaque injection et il faut y ajouter un centimètre cube de cocaïne ou de novocaïne pour rendre la piqûre indolore.

Quant au sulfarsénol, beaucoup moins actif, il faut le réserver exclusivement aux cas de syphilis paternelles anciennes, bien traitées, avec B.-W. négatif chez les deux conjoints.

Dans ce cas encore, certains auteurs sont partisans de la médication intraveineuse mais, Sauvage évoquant les deux cas mortels de Gaucher et Bar dus à l'arsénobenzol, pense avec raison qu'il ne faut pas encourir inu-

tilement pareil risque si improbable soit-il. Nous nous rangeons donc dans cette éventualité à la technique de Lapepère et Vallery Radot qui pratiquent des séries de 10 à 15 injections de sulfarsénol, 2 fois par semaine, avec interruption d'un mois au maximum.

De toutes façons, *pour le sulfarsénol, comme pour le bismuth ou l'arsénobenzol, il faut observer les mêmes règles de traitement précoce et continu* pour éviter les accidents de réactivation que nous avons observés chez le malade dont nous avons rapporté l'histoire.

*
* *

Ainsi conduit, le traitement arsenical pendant la grossesse donne des résultats vraiment surprenants puisque, même dans les cas de syphilis maternelle récente et encore virulente au moment de la grossesse, Bodin, Pinard et Sauvage obtiennent 80 % d'enfants vivants. Dans les cas de syphilis plus ancienne, régulièrement traitée avant et pendant la gestation, ils atteignent 100 % de succès. L'action préventive de ce traitement appliqué au bon moment est si efficace pour le fœtus que, non seulement l'enfant naît vivant et bien constitué mais il paraît le plus souvent indemne de toute tare syphilitique ; à tel point qu'après examen minutieux de l'enfant, si le poids du placenta est normal et si le B. W. est négatif dans le sang du cordon, on peut s'abstenir de tout traitement, même chez des enfants nés de mères présentant des accidents syphilitiques en évolution.



Par exemple, si l'enfant né dans de telles conditions peut être exempté de traitement ultérieur, il n'en est pas de même de la mère. Il faut admettre en effet que *toute femme mariée à un syphilitique si ancien et si bien traité soit-il, du moment qu'elle a eu de lui une seule grossesse, voire même une fausse couche ou un simple retard de règles, doit être tenue pour syphilitique et soignée comme telle.* On connaît en effet ces accidents d'aortite qui surviennent tardivement chez des femmes n'ayant présenté aucune manifestation apparente de syphilis pendant toute leur vie et qui paraissent réellement plus fréquents chez les mères de famille que dans les ménages sans enfants.

M. Pinard fait remarquer avec raison que jusqu'ici on n'a soigné que deux catégories de syphilis, celle des hommes et celle des filles publiques, « la syphilis des honnêtes femmes » étant toujours abandonnée à elle-même du fait de sa contamination insidieuse, de la discrétion des accidents primitifs et du silence coupable gardé par le contaminateur. Cette syphilis méconnue est pourtant la plus dangereuse au point de vue social. C'est aussi la plus fréquente des syphilis féminines puisqu'il ressort des statistiques de Fournier qu'elle en représente les $\frac{4}{5}$. On serait donc impardonnable de ne la point traiter.

L'organisation sociale de la prophylaxie de l'hérédo-syphilis

Quand on oppose aux statistiques de Fournier qui évaluait à 10 % la proportion des enfants sains issus de parents syphilitiques, celle des accoucheurs qui élèvent cette proportion jusqu'à 80 % par le simple traitement pendant la grossesse, on est stupéfait qu'un si merveilleux moyen de prophylaxie ne se soit pas plus rapidement généralisé et que la syphilis héréditaire cause encore de nos jours d'aussi nombreux méfaits. A ce fait il y a de multiples causes dont la plus importante nous paraît être l'esprit trop particulariste et le défaut de coordination qui règne entre toutes les personnes concourant simultanément ou successivement aux soins d'un même sujet ou des différents sujets d'une même famille. Dans toute organisation civile ou militaire, industrielle ou commerciale, un des principes les plus élémentaires de la bonne organisation est la coordination qui doit exister à tous les degrés entre les différents éléments d'action au moyen de nombreuses anastomoses jetées à tout instant entre les divers échelons des hiérarchies et des services voisins. C'est le « rapport » qui réunit quotidiennement certains agents pour l'étude de la situation actuelle, les constatations de la veille et les prévisions du lendemain.

En face du corps humain qui nous offre pourtant l'exemple parfait de cette harmonieuse coordination, nous agissons de façon trop disparate. Les efforts des

différents médecins qui s'occupent d'un même malade ne donnent pas tout le résultat qu'on en attend parce qu'ils ne sont pas coordonnés, bien heureux encore quand ils ne sont pas contradictoires. A la vérité, le malade ne facilite pas toujours cette liaison pourtant si conforme à son intérêt mais il ne dépend que de nous de modifier sa mentalité sur ce point puisque, de façon plus ou moins directe, son éducation des choses médicales lui vient toujours du médecin. Dans la classe aisée, l'élément de continuité existe d'ailleurs théoriquement dans la personne du médecin de famille et s'il ne joue pas toujours le rôle qui lui revient, il ne faut s'en prendre qu'à la méconnaissance des règles de la déontologie qui ne sauraient nous occuper ici. Mais, dans la clientèle hospitalière qui est le véritable terrain de la médecine sociale, il y a certainement quelque chose à faire pour coordonner mieux nos moyens d'action contre la maladie en général et contre l'hérédosyphilis en particulier.

L'organisation de nos hôpitaux si bien adaptée au traitement de n'importe quel épisode pathologique passager, abandonne le malade au jour de sa sortie, sans contrôle sur les conséquences que sa maladie peut avoir ultérieurement pour lui-même ou pour sa famille et, le personnel médical si qualifié pour faire un diagnostic difficile, n'a pas le moyen de suivre l'individu dans son milieu, passée la porte de l'hôpital. Si celui-ci retombe malade, il sera hospitalisé de nouveau au ha-

sard des places vacantes, de son jour d'admission, de son changement de résidence ou de son diagnostic d'entrée et, s'il est admis dans le même service que la première fois, il n'y retrouvera pas toujours les mêmes médecins. Les observations cliniques sont la propriété du médecin ou de l'étudiant qui les a prises, quelquefois celle du service, mais en aucun cas elles ne constituent un dossier mobile attaché à la personne du malade. De toutes façons, les membres d'une même famille sont toujours soignés sans aucune liaison par des médecins différents dans des établissements différents. Ainsi, pour ce qui est de la prophylaxie de l'hérédo-syphilis, le médecin d'enfants qui constate un accident spécifique chez un de ses petits malades, n'a pas le moyen de prévenir la sage femme de quartier qui surveillera la prochaine grossesse de la mère ; l'accoucheur qui diagnostique une syphilis ovulaire n'est pas davantage en relation avec le pédiatre qui suivra ultérieurement l'enfant né de cette mère syphilitique ; le syphiligraphe qui soigne un père de famille ne peut rien faire pour protéger la femme et les enfants qui ne consultent pas au même hôpital.

En fait depuis quelques années, un certain nombre d'accoucheurs et de pédiatres des hôpitaux, justement émus de cette lacune de la médecine hospitalière, ont annexé à leurs services des dispensaires chargés de suivre les malades après leur sortie de l'hôpital jusqu'à la guérison définitive ainsi que tous les membres de leur famille qui auraient besoin d'être suivis du fait de la même maladie. Ces formations sont générale-

ment dotées d'un service social bien recruté qui, par sa pénétration dans la famille, assure la bonne exécution des prescriptions médicales, étudie les conditions d'hygiène du milieu et veille à l'application des règles de prophylaxie. Ainsi se forme autour de chaque service hospitalier une sorte de clientèle fixe sur laquelle le chef peut étendre son influence bienfaisante, complétant ainsi la portée sociale de son labeur. Le dispensaire antisypilitique de la clinique Baudelocque, ceux des maternités de Boucicaut et de Tarnier, ceux des Enfants-Malades ont publié des statistiques assez éloquentes pour qu'il soit nécessaire d'insister sur leur utilité. Mais, si actives que soient ces formations, si bien assistées qu'elles soient par leurs visiteuses intelligentes et dévouées, leur rayon d'action ne peut dépasser le cadre de la clientèle hospitalière.

Il reste encore dans Paris, dans ses faubourgs et dans sa banlieue indéfiniment reculée un grand nombre de familles qu'aucun accident pathologique grave n'amène à l'hôpital et qui n'en sont pas moins justiciables des soins d'un de ces dispensaires prophylactiques. Il y a ceux qui redoutent l'hôpital, ceux qui en sont trop éloignés. Il y a surtout tous ceux qui ne se sachant pas malades, demandent à être dépistés à domicile. A cette catégorie d'individus qui constitue pourtant l'immense majorité des sujets à traiter, il faut le modeste dispensaire de quartier qui s'installe à leur porte, les infirmières qui viennent à eux pour de menus soins jour-

naliers ou de petits services matériels, la sage femme qui suit les mères et les enfants pour les distributions de lait et les pesées hebdomadaires, le médecin qui épargne une grande perte de temps aux ouvriers et aux ménagères en allant consulter au milieu d'eux. C'est parce que nous avons l'expérience des résultats exceptionnels qu'on peut obtenir dans de telles œuvres au point de vue de la prophylaxie de la syphilis héréditaire, que nous voulons nous y arrêter un instant.

Nous ne décrivons pas l'organisation remarquable et les résultats pratiques excellents des dispensaires de l'Ecole de Puériculture de la Faculté de Paris, qui sont évidemment le modèle du genre et qui ont déjà fait l'objet de rapports spéciaux très documentés. Leur exemple risquerait d'ailleurs de paraître inimitable à qui ne jouit pas des hauts patronages scientifiques et des moyens matériels exceptionnels que possède cette fondation. Nous voulons parler des œuvres plus modestes qu'on peut trouver partout où se rencontre une initiative intelligente et généreuse.

Dans un des quartiers les plus peuplés de la capitale, le *Groupe d'œuvres sociales de Belleville* réunit sous la bienfaisante direction de Mlle de Vaux un ensemble d'institutions (Logement des familles nombreuses, école ménagère, atelier d'apprentissage, cours professionnels, foyer de jeunes filles, cours de gymnastique, colonies de vacances... etc.) que complète le dispensaire Marguerite-Marie et ses œuvres connexes : Mutualité mater-

nelle, Œuvre du bon lait, charité maternelle, Caisse de compensation du Bâtiment et des Travaux Publics. Le dispensaire qui comprend dans le même local un petit service d'hospitalisation de chirurgie et d'accouchements avec sage femme résidente et des services de consultation pour toutes les spécialités, réalise à notre avis de la façon la plus parfaite cette coordination médicale si désirable pour les bons soins de l'individu et de son entourage. Toutes les familles suivies à un titre ou à un autre par l'une quelconque des œuvres de ce groupe trouvent en effet au dispensaire les soins que peut exiger la santé de n'importe lequel de leurs membres, qu'il s'agisse de médecine ou de chirurgie générale, de pédiatrie, d'affection des voies respiratoires, de maladies vénériennes, de laryngologie, d'ophtalmologie ou de gynécologie.

Si l'un des médecins de l'œuvre se trouve faire sur un de ses clients une constatation de nature à intéresser les autres consultants pour le même malade ou pour son entourage, la liaison est faite aussitôt par l'infirmière qui l'assiste grâce au système des fiches soigneusement mises à jour qu'on peut communiquer de service à service. Ainsi se trouvent réalisés sans difficulté le dépistage et le traitement des maladies familiales de quelque nature qu'elles soient ; et la chose est rendue d'autant plus facile pour la question de l'hérédosyphilis que la petite maternité du dispensaire permet de joindre aux renseignements cliniques la notion des signes de syphilis ovulaire. Parmi les femmes enceintes suivies au dispensaire cette année, quatre d'entre elles

ont été reconnues justiciables du traitement spécifique. Traitées au bismuth par M. Drouin du premier au dernier jour de la grossesse, elles ont pu avoir toutes quatre à terme un enfant vivant et bien portant et ne présentant aucune tare syphilitique alors qu'auparavant, elles avaient fait respectivement une, deux, trois et quatre fausses-couches.

A l'autre extrémité de Paris, au centre du misérable quartier de Plaisance, la *Maison Ecole d'Infirmières privées* de Mlle Chaptal est vite devenue sous l'influence de son admirable fondatrice, la protection, le refuge et le secours de tous ceux qui pâtissent alentour. En effet, pour la formation morale des infirmières autant que pour le secours des malheureux du quartier, un dispensaire d'assistance maternelle et infantile est annexé à l'école, auquel les élèves consacrent les loisirs que leur laisse l'enseignement technique. Dans ce dispensaire, près de 500 femmes enceintes sont suivies chaque année, visitées hebdomadairement par la sage femme. Au moment de l'accouchement, elles peuvent être soustraites à la dure nécessité d'abandonner leur foyer et de mettre leurs enfants au dépôt grâce aux soins que la sage-femme et les infirmières vont leur donner à domicile. Dès sa naissance, le nourrisson est pris en surveillance par l'œuvre qui en suit ainsi plus de 1100 annuellement. Des bons de viande et de farineux donnés à la mère lui permettent de réaliser la suralimentation nécessaire à son état de nourrice si bien que

le dispensaire compte parmi ses protégés 86 % de mères poursuivant l'allaitement naturel jusqu'à 1 an. Tous les bébés sont pesés chaque semaine et présentés au médecin s'il y a lieu. Les prescriptions sont exécutées sous la surveillance des infirmières, chacune ayant la responsabilité d'un certain nombre de familles qu'elles visitent en cas de maladie grave, faisant les piqûres, donnant les bains et renouvelant les enveloppements, organisant de son mieux le misérable logis pour les soins du petit malade et apportant tout ce qui pourrait manquer, linge, baignoire et médicaments, évitant surtout de la sorte l'hospitalisation si dangereuse pour les nourrissons, à tel point que la mortalité infantile du quartier ne s'élève pas au-dessus de 3 à 4 %.

Grâce à cette organisation modèle d'assistance à domicile qui lui donne une grande autorité dans les familles et grâce au système de fiches qui le renseigne exactement sur leur état sanitaire, le dispensaire de Plaisance se trouve dans les meilleures conditions pour décider, faire accepter et exécuter toutes mesures de prophylaxie. Aussi n'est-il pas besoin de dire combien est facile et féconde la tâche de la consultation d'hérédosyphilis qui fonctionne depuis peu sur ce terrain si bien préparé.

Telle est en effet pour nous la formule la plus simple de l'organisation de la prophylaxie de l'hérédosyphilis. Il ne faut pas construire de dispensaires spécialisés dont le nom seul rebuterait les mères de famille, il n'y

a pas lieu de créer des formations nouvelles dispensieuses dont le service d'enquête ferait double emploi avec ceux existant déjà, il suffit de s'installer dans la maison à la porte de laquelle les gens ont déjà l'habitude de frapper, pour profiter de ses documents et de son influence.

Si en effet nous nous sommes étendus longuement à propos de ces œuvres, sur certains détails de leur assistance paraissant au premier abord n'avoir aucun rapport avec la prophylaxie de l'hérédo-syphilis, c'est parce que ce sont ces avantages immédiats de tout ordre qui groupent autour de ces formations bienfaisantes, la clientèle sûre et fidèle à laquelle elles ont le pouvoir d'imposer en échange les mesures de prophylaxie ennuyeuses, les longues séries de piqûres dont le bénéficiaire ne saisit pas toujours l'utilité lointaine.

*
* *

Pour Paris et les grands centres, les dispensaires privés sont assez nombreux qu'il suffit d'orienter vers la prophylaxie de l'hérédo-syphilis. Quant au reste du pays, il nous semble que le meilleur moyen de réaliser rapidement une action d'ensemble, est de s'adresser à une œuvre générale de protection maternelle et infantile comme la « Mutualité Maternelle » qui étend déjà ses ramifications jusqu'aux coins les plus reculés de la province. On connaît en effet l'extension exceptionnelle de cette fondation qui possède déjà en France plus de 200 centres dans lesquels elle surveille annuellement plus de 5000 femmes enceintes et 30 000 nour-

rissons. A l'instigation de son président, M. Aviragnet, la Mutualité Maternelle » étend chaque jour son rayon d'action, d'autant plus facilement que sa formule est plus simple. Partout où elle trouve le concours d'une adhérente bénévole, elle organise un nouveau centre. Une simple chambre aux murs blanchis à la chaux, une balance et deux tables ; il n'en faut pas plus pour fonder la consultation où seront pesés périodiquement les nourrissons du voisinage, surveillés constamment par les dames bénévoles et dirigés par leurs soins vers le médecin le plus proche au cas où le moindre incident surviendrait dans l'état de l'un d'eux. Là où se trouve une sage-femme, une consultation de femmes enceintes s'ajoute à la consultation des nourrissons, entreprenant la protection de l'enfant dès avant sa naissance. Dans certains endroits, l'organisation a pu être encore perfectionnée. C'est ainsi qu'au petit bourg d'Angerville l'Orcher (Seine-Inférieure), Madame Corpet a réalisé un petit centre sanitaire complet de protection maternelle et infantile comprenant une consultation prénatale, une consultation de nourrissons, un service d'accouchement à domicile avec prêt de matériel et une chambre d'hospitalisation pour le cas exceptionnel où la sage-femme devrait recueillir la femme en couches. Enfin, dans les régions libérées où l'insuffisance des logements rend impossible l'accouchement à domicile, la Mutualité Maternelle a installé de véritables maternités rurales où, depuis la guerre, près de 2 000 femmes ont pu faire leur accouchement dans de si bonnes conditions qu'on n'a pas eu à déplorer un seul décès.

Quand nous aurons fait remarquer que le principe mutualiste de l'œuvre assure la fidélité de ses participantes par les primes d'assiduité auxquelles elles ont droit en retour de leur modique cotisation d'entrée, on comprendra combien est réellement effective toute cette organisation de surveillance maternelle et infantile qui réalise à souhait les conditions de coordination et de continuité nécessaires à la prophylaxie de l'hérodosyphilis.

*
* *

Ainsi dans tout le territoire, à la ville comme à la campagne, c'est sur l'initiative des œuvres privées que nous devons compter pour assister le praticien et les femmes de cœur qui s'occupent de ces œuvres, ne lui refuseront pas leur aide pour épargner aux jeunes mères la tristesse du berceau vide auprès de leur lit d'accouchée ou le malheur plus redoutable encore de l'enfant infirme que les soins les plus énergiques et les plus dévoués ne sauraient guérir.

Mais, pour que ces femmes puissent combattre ce fléau, il faut qu'elles le connaissent ; et, si nous demandions tout à l'heure que l'enseignement de la syphilis héréditaire soit fait aux jeunes gens et aux jeunes filles pour les mettre à même d'en protéger leur foyer, cet enseignement doit être donné tout particulièrement aux infirmières et aux personnes qui, dans les œuvres de protection maternelle et infantile, auront à dépister les cas suspects pour les adresser au médecin et à assurer

l'exécution des mesures de prophylaxie que celui-ci aura prescrites. Une fois instruites des raisons de notre effort, à leur tour elles instruiront mieux que nous de façon discrète les jeunes femmes des dangers qui les menacent ; mieux que nous elles sauront trouver les mots qui persuadent les mères de la nécessité de se traiter pour protéger leurs enfants. Et, si jusqu'alors elles n'ont pu avoir leur place dans la lutte pourtant si utile contre la syphilis, maladie vénérienne, c'est bien à elles que revient aujourd'hui la mission d'éteindre la « syphilis des Innocents »

CONCLUSIONS

1. Il ne semble pas qu'il y ait lieu de maintenir la distinction entre l'hérédo-syphilis en nature et l'hérédo-syphilis dystrophique. Il n'y a qu'une syphilis héréditaire reproduisant en tous points la syphilis acquise avec ses mêmes caractères de contagiosité et d'inoculation, avec sa même évolution clinique en trois périodes. Il n'y a qu'une syphilis, que la contagion se soit faite pendant la vie ou dans l'utérus.

2. Cette infection ne paraît pas pouvoir être transmise par l'intermédiaire des gamètes au moment de la fécondation. Il n'y aurait donc pas d'hérédo-syphilis d'origine exclusivement paternelle sans infection de la mère et l'on pourrait même affirmer qu'il n'y a pas de syphilis à proprement parler héréditaire, il n'y a que des syphilis congénitales.

3. Tandis qu'en dehors du mariage, la contagiosité d'une syphilis bien traitée ne semble pas dépasser un ou deux ans; dans le mariage au contraire, quelle que soit l'ancienneté de la diathèse et quel qu'en ait été le

traitement, il est fréquent de la voir se transmettre du mari à la femme dès leurs premiers rapports comme en témoigne la fausse-couche qui apparaît peu après. Cette contagiosité spéciale semblant bien résulter du fait de la grossesse, ce n'est pas la syphilis conceptionnelle de Fournier, mais c'est bien de la syphilis par conception.

4. Si la syphilis de la mère, résultant de ce mode de contamination, est presque toujours muette dans ses premières manifestations, elle ne l'en expose pas moins à des accidents tardifs qui peuvent être graves. Toute femme mariée à un syphilitique si ancien et si bien traité soit-il, du moment qu'elle a eu de lui une grossesse, une fausse couche, voire même un retard de règles anormal, doit être tenue pour syphilitique et traitée comme telle.

5. Du moment que l'ancienneté et le traitement de la syphilis du mari ne préservent pas la femme de la contagion, la question des conditions à exiger d'un syphilitique pour l'autoriser au mariage, perd beaucoup de son intérêt. Il ne faut pas compter sur ces garanties. Mieux vaut donc ne pas être trop exigeant sur ce point, et porter tout son effort sur le traitement de la femme pendant la grossesse.

6. Le traitement pendant la grossesse est en effet la clef de voûte de la prophylaxie de l'hérédo-syphilis. La syphilis paternelle la plus inoffensive en apparence

a bien des chances de contaminer l'enfant en l'absence de ce traitement, tandis que la syphilis maternelle la plus virulente peut l'épargner quand cette thérapeutique a été mise en œuvre. Pour la mère elle-même, ce traitement offre une grande sécurité en s'attaquant à son infection de la façon la plus précoce et la plus intensive.

7. Le traitement doit être institué absolument dans tous les cas où l'un des procréateurs peut être convaincu de syphilis ou d'hérédo-syphilis. Il doit être commencé dès les premiers jours de la grossesse, dès le moindre retard de règles. Il faut le continuer jusqu'à la dernière semaine et ne l'interrompre jamais plus de trois semaines consécutives. Mieux vaut ne faire aucun traitement que de le faire incomplet, tout traitement insuffisant risquant d'être une réactivation et de causer la mort du fœtus.

Toutes les fois qu'on est en présence d'une syphilis récente ou en activité chez l'un des procréateurs, il faut employer l'arsénobenzol intraveineux. S'il s'agit d'une infection ancienne et latente, si le médecin ne peut faire lui-même les injections, on peut se contenter de novarsénobenzol intramusculaire ou de bismuth. Mais, de toutes façons, quel que soit le médicament employé, on doit toujours respecter les règles essentielles de précocité et de continuité de ce traitement.

8. La valeur prophylactique de ce moyen est bien connue et si elle ne donne pas encore pratiquement

tous les résultats qu'on est en droit d'en attendre, c'est à cause de la difficulté où l'on se trouve d'en assurer l'exécution dans certains milieux.

Dans ce but, nous ne croyons pas utile de créer des dispensaires spécialisés dont le nom seul rebuterait les mères de famille. Pour la clientèle hospitalière, les consultations spéciales annexées aux maternités et aux services d'enfants donnent déjà d'heureux résultats, grâce à leur service social qui assure la liaison avec les familles. Mais cette clientèle reste encore trop dispersée et reste malgré tout toujours plus individuelle que familiale. Au surplus, elle ne se recrute jamais que dans la population des grandes villes. Il faut donc s'adresser surtout, maintenant aux dispensaires de quartier et aux œuvres générales de protection maternelle et infantile qui pénètrent les faubourgs, la banlieue et les coins les plus reculés de la province.

9. Autant pour mettre les individus à même d'en protéger leur foyer que pour orienter la bienfaisance privée sur sa prophylaxie, il importe de vulgariser l'enseignement des méfaits de la syphilis héréditaire. Tout ce qu'on pourra faire pour lutter contre ce véritable fléau, constituera un de ses plus sûrs moyens de protection de la famille et de repopulation du pays.

Vu, *le Doyen*
H. ROGER.

Vu *le Président*,
C. JEANNIN

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

APERT. — *Traité des maladies familiales et des maladies congénitales* (Baillière, 1907).

Maladies familiales article in *Traité de thérapeutique de Robin* (Vigot 1907).

L'hérédité morbide (Flammarion 1919).

Maladies familiales et héréditaires, (in *Traité de pathologie de Sergent et Ribadeau-Dumas*, t. XXIV).

BARTHELEMY (RAYMOND). — Hérédo-syphilis des glandes endocrines (lésions et symptômes) origine endocrinienne de certains systèmes dystrophiques. (*Arnette, éditeur*, 1919).

BAUER. — *Wiener Klin, Woch*, septembre 1908.

BODIN. — Résultats du traitement par les arsénobenzènes de la syphilis pendant la grossesse (*Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 8 mars 1923).

BOBBIE. — *Thèse de Paris*.

BOURGOIN. — De l'organisation administrative de la lutte antivénérienne. (*Revue d'hygiène*, 1^{er} mars 1922).

BUÉ et PETIT. — Sur la présence du spirochète dans les tissus des hérédosyphilitiques. (*Echo Médical du Nord*, 1908).

CARLE. — *Annales de dermatologie et de syphiligraphie* 1921. (*Pressé médicale*, 24 avril 1920).

Journal Médical de Lyon, 5 mars 1923.

Prophylaxie des maladies vénériennes. (Doin, 1921).

CHALET. — De l'organisation sociale du traitement de la syphilis. (*Thèse de Paris*, 1922).

CLAPPIER. — De la puériculture avant la naissance (*Thèse de Paris*, 1907).

COURMONT. — Précis de pathologie générale. (Paris, 1919).

COUVELAIRE. — Cours de la clinique Baudelocque, 1923-1924.

DARESTE. — Recherches sur la production artificielle des monstruosités ou essais de tératologie expérimentale. (Paris, 1891).

DIDAY. — La syphilis par conception. *Annales de Dermatologie*, t. VIII, p. 171).

DUPERIÉ et BOISSERIE-LACROIX. — Deux cas d'hérédosyphilis précoce du nourrisson après traitement novarsénoben-zolé de la mère pendant la gestation. (*Gaz. hebdomadaire des Sciences Médicales de Bordeaux*, 18 septembre 1921).

ECALLE et THIBAUT. — La transmission héréditaire de la syphilis latente. (*Journal Médical français*, décembre 1921).

A. FOURNIER. — Syphilis et mariage (Masson, Paris).

— A propos de la prophylaxie et du traitement de l'hérédosyphilis. Paris 1910. Delagrave).

A. FOURNIER. — Prophylaxie de la syphilis. Paris, Rueff, 1903).

A. FOURNIER. — L'hérédité syphilitique. (Paris, 1891).

ED. FOURNIER. — L'hérédosyphilis de 2^e génération.

— L'hérédosyphilis tardive. (Paris, 1907).

— La syphilis héréditaire (in *Traité de Pathologie Médicale Sergent et Ribadeau-Dumas*, t. XX).

FINDLEY. — The ravages of congenital syphilis. (*The glas-cow Medical journal*, novembre 1921).

FRÈCHE. — Société de Méd. et de Chirurgie de Bor-deaux, janvier 1909.

GAUCHER, PARIS et SABARÉANU. — La réaction de fixa-

tion chez les syphilitiques aux points de vue diagnostic, thérapeutique et pronostic. (*Bulletin Soc. Méd. Hop.*, 11 février 1910).

GAUCHER. — Syphilis contractée pendant la grossesse. (*Journal de médecine et de Chirurgie*, 10 octobre 1909).

GAUCHER. — Société de dermatologie, novembre 1907.

GRASSET. — *Traité de physiopathologie clinique*. (Montpellier 1912).

JAMES R. C. GRENFLES. — Ante natal treatment of congenital syphilis. (*The glasgow médical journal*, novembre 1921).

GOUGEROT. — Programme de propagande antivénérienne. (*Bulletin Société française de prophylaxie*, 1920).

GOUGEROT. — Le traitement de la syphilis, 3^e édition 1921.

HALBRON et BARTHÉLEMY. — Grossesse chez une syphilitique, traitement arsenical sous-cutané, enfant mort et macéré. (*Soc. dermatologie et syphiligraphie*, 8 mars 1923).

HUTINEL. — Archives de médecine des enfants, octobre novembre 1922.

JEANSELME. — Traitement par le salvarsan des femmes syphilitiques en état de gestation. (*Annales de gynécologie*, janvier 1913).

P.-C. JEANS. — Syphilis familiale (*American Journal of Diseases of Children*, janvier 1916).

JOLTRAIN. — Valeur sémiologique de la réaction de Wassermann. (*Paris Médical*, 25 mars 1911).

JULLIEN. — Hérédosyphilis. Descendance des hérédosyphilitiques (Paris, 1901).

KASSOWITZ. — *Wien Klin. Wochenschr.*, 1903.

KNEPPELMACHER et LEHNDORF. — La réaction de Wassermann chez les mères de nourrissons hérédosyphilitiques (*Wien. med. Wochenschr.*, 1910, n° 12).

LACAPÈRE et VALLERY-RADOT. — Traitement de la sy-

philis héréditaire et de la syphilis infantile acquise (Ma-loine, Paris, 1922).

LEGENDRE. — L'hérédité (*Traité de pathologie générale*, Bouchard et Roger, Paris, 1912).

CH. LEROUX. — L'hérédité syphilitique et la lutte anti-syphilitique du dispensaire Furtedo-Heine (*Bull. Ac. de Médecine*, 27 décembre 1920. *Annales de Méd. et de Chir. in-fantiles*, 1^{er} et 15 juin 1911).

LEROUX et LABBÉ. — Le séro-diagnostic de l'hérédo-syphilis infantile. *Archives de médecine des Enfants*, décembre 1911.

LE LORIER et GALLIOT. — Société d'obstétrique et de gynécologie, janvier 1925.

LEREDDE. — La Prophylaxie de la syphilis et les consultations hospitalières (*Soc. de Dermatologie*, 12 juin 1919).

LEREDDE. — Domaine. Traitement. Prophylaxie de la syphilis. Accidents de l'Arsénobenzol (*Journal des Prati-ciens*, 1919).

LEREDDE. — La syphilis et l'organisation de la lutte antisymphilitique, 1922.

LEREDDE et RUBINSTEIN. — Prophylaxie médicale de la syphilis (*Paris Médical*, 29 février 1917).

LEVADITI. — La transmission héréditaire de la syphilis (*Cours à la Clinique Baudelocque*, 1924).

LEVADITI. — Réaction de Wassermann dans l'hérédo-syphilis (*Cours à la Clinique Baudelocque*, 1923).

LÉVY SOLAL. — Syphilis de l'œuf du fœtus et des an-nexes (*Paris Médical*, 1923).

LÉVY SOLAL. — *Cours de la Clinique Baudelocque*, 1924.

LESSER. — *Berliner Klin. Wochensch*, 10 février 1908.

LIBERT. — *Pathologie générale*, 1924.

SVEND LOMHOLT. — Contagion syphilitique au passage (*Annales de Dermatologie*, janvier 1921).

LOP. — Société d'obstétrique de Paris, 1902.

MATHIAS DUVAL et MULON. — *Traité de Pathologie générale*, Bouchard et Roger, Paris, 1912.

MATZNAUER. — *Wiener Klin. Woch.*, 1903, p. 175.

MAZZEO. — Contribution alle transmissione alternante del l'hérédo syphilide (*La Pédiatria*).

MILIAN. — Hérédo-syphilis de 2^e génération (*Cours à la Clinique Baudelocque*, 1924).

MILIAN. — Le mariage des syphilitiques (*ibidem*).

MISCH. — *Dermat. Zeitschrift*, 1904.

Mme MONNIER. — De la syphilis d'origine paternelle (*Thèse de Paris*, 1908).

NATTAN-LARRIER. — Les premiers stades de l'hérédité maternelle (*Thèse de Paris*, 1901).

PAUTRIER. — Syphilis et grossesse (*Monde médical*, 15 mars 1924).

PETGES, GRATIOT et COTTIN. — Accidents dus au novarsénobenzol (*Journal de méd. de Bordeaux*, oct. 1918).

PLICQUE. — Le traitement de la syphilis chez les femmes enceintes (*Bulletin Médical*, 23 mars 1913).

Pr. PINARD, LÉON BERNARD, COUVELAIRE. — *Manuel d'éducation prophylactique* (Maloine, 1925).

M. PINARD. — Dépistage de la syphilis au début de la gestation (*Paris Médical*, 1923).

M. PINARD. — Syphilis et mariage (*Bruzelles médical*, 5 octobre 1924).

M. PINARD. — La disparition de la syphilis par la stérilisation des porteurs de germes (*Monde médical*, 1924).

M. PINARD. — Traitement de la syphilis chez la femme enceinte (*Cours de la Clinique Baudelocque*, 1924).

M. PINARD. — *Bulletin Soc. Méd. des Hôpitaux*, mai 1920.

M. PINARD. — *Paris Médical*, 1921.

— Prophylaxie de l'hérédo-syphilis. *Annales de gynécologie*, 1905. *Annales de Dermatologie*, 1907.

QUEYRAT, HUDELO, SPILLMANN, GASTOU, CL. SIMON.
— La question du mariage des syphilitiques (*Bulletin de la Société franç. de Derm. et syph.*, juin 1920).

QUEYRAT. — De l'organisation des dispensaires antivenériens (*Bull. Soc. Dermat. et Syphiligraphie*, 1922).

RAVAUT. — *Cours clinique Baudelocque*, 1924.

RIOCREUX. — Syphilis, hérédité paternelle (*Thèse de Paris*, 1888).

Mme B. SABIN. — De la réaction de B. Wassermann dans la syphilis post-conceptionnelle tardive. Discussion de la loi de Profeta (*Thèse de Paris*, 1913).

SAUVAGE. — Rapport à la Société d'Obstétrique, octobre 1912.

CL. SIMON. — La syphilis (Flammarion, Paris, 1922).

CL. SIMON. — La syphilis (*in Traité de Pathologie médicale et de Thérapeutique* de Sergent et Ribadeau Dumas, 1921).

STURGIS. — Hereditary syphilis (*in A. system of genitor ur dis.* N. York, 1894).

TIXIER. — Valeur de la réaction de Wassermann en clinique infantile. (*La Pédiatrie pratique*, 15 janvier 1921).

TIXIER. — Prophylaxie et traitement de la syphilis infantile (*Rapport au Congrès de Pédiatrie*, octobre 1924).

TRINCHESE. — De l'époque de l'infection syphilitique du fœtus et de son importance clinique (*Beiträge zur geburts-hilfe und gynäkologie*, 1913).

TROISFONTAINES. — Syphilis héréditaire de 3^e génération (*Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, 1904).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	9
 CHAPITRE I. — <i>Observation.</i>	
Syphilis paternelle ancienne bien soignée avec contrôle sérologique. — Mariage 16 ans après l'accident initial avec autorisation médicale. — Traitement de la mère au sulfarsénol pendant la grossesse. — Venue à terme d'un enfant vivant, mort quelques heures après sa naissance, présentant des lésions viscérales spécifiques et un arrêt de développement cérébral remontant à la date du traitement chez la mère.....	14
 CHAPITRE II. — <i>Discussion de l'observation.</i>	
Etiologie des malformations tératologiques. — Preuve anatomique de l'origine maternelle des accidents. — Rôle paternel dans la transmission de la syphilis. — Contagiosité de la syphilis dans le mariage. — Syphilis conceptionnelle et syphilis par conception. — Réacti- vation de la syphilis par traitement insuffisant de la mère pendant la grossesse.....	22
 CHAPITRE III. — <i>La Transmission de la syphilis héréditaire.</i>	
Hérédité pathologique en général. — Hérédité toxique. — Hérédité infectieuse. — Hérédité syphilis virulente et hérédité dystrophie. — Origine paternelle ou maternelle de la syphilis héréditaire. — Syphilis héréditaire et sy- philis congénitale. — Loi de Carle.....	35

CHAPITRE IV. — *La prophylaxie de la syphilis héréditaire.*

L'Education sexuelle et l'enseignement des maladies vénériennes au point de vue de leurs conséquences héréditaires. — Autorisation au mariage des Syphilitiques. — Traitement de la syphilis pendant la grossesse. — La « syphilis des honnêtes femmes ». — Mise en œuvre du traitement. — Les consultations hospitalières. — Les dispensaires. — Les œuvres de protection maternelle et infantile.	45
CONCLUSIONS.	77
BIBLIOGRAPHIE.	81

